

# TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

## FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

**Katedra:** Sociálních studií a speciální pedagogiky

**Bakalářský studijní program:** Speciální pedagogika

**Studijní obor:** Speciální pedagogika předškolního věku

**Kód oboru:** 7506R012

### DĚTI S PORUCHOU KONCENTRACE POZORNOSTI A NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ

### CHILDREN WITH THE ATTENTION DEFICIT DISORDERS AND DISTURBED COMMUNICATION ABILITIES

**Bakalářská práce:** 09-FP-KSS-2014

**Autor:**

Veronika Strolená

Olomoucká 1452

Varnsdorf

407 47

**Podpis autora:**\_\_\_\_\_

**Vedoucí práce:** Mgr. Václava Tomická

**Počet:**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
64	12	0	16	21	11+ CD

V Liberci dne: 20. 3. 2010

## **Prohlášení**

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL, v tom případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 20. 3. 2010

Veronika Strolená

---

Poděkování:

Děkuji v první řadě paní Mgr. Václavě Tomické za odborné vedení, konzultace, pomoc, podporu, cenné rady a její fundované názory, které mi poskytovala při psaní této bakalářské práce.

Poděkování patří panu Radimu Svobodovi za odbornou pomoc při formálním zpracování bakalářské práce.

Děkuji celé své rodině za podporu a toleranci, kterou mi projevovala.

Dík patří i ředitelkám a učitelkám mateřských škol, které mi byly nápomocné a umožnily šetření dětí, do kterého byli zapojeni i rodiče a vedly se mnou diskuse.

Na závěr děkuji pracovníkům pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogického centra za spolupráci a poskytnutí materiálů.

**Název bakalářské práce:** Děti s poruchou koncentrace pozornosti a narušenou komunikační schopností

**Název bakalářské práce:** Children with the Attention Deficit Disorders and Disturbed Communication Abilities

**Jméno a příjmení autora:** Veronika Strolená

**Akademický rok odevzdání práce:** 2009/2010

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Václava Tomická

### **Resumé:**

Bakalářská práce mapuje souvislosti mezi narušenou komunikační schopností, poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou a rizikem vzniku specifických poruch učení u dětí předškolního věku. Teoretická část vymezuje a definuje odborné pojmy. Je rozdělena na tři podkapitoly. První se zabývá předmětem logopedie a narušenou komunikační schopností, druhá popisuje poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou. Závěrečná objasňuje specifické poruchy učení.

Praktická část je rozdělena na dva výzkumné vzorky a každý čítá patnáct dětí. U prvního výzkumného vzorku byly mapovány souvislosti mezi ADHD a narušenou komunikační schopností s rizikem vzniku specifických poruch učení pomocí dotazníku a orientačního logopedického vyšetření. Ve druhém vzorku byly děti s diagnózou ADHD a s vývojovou dysfázií. Studium spisové dokumentace bylo zjišťováno, jaké funkce mají tyto děti nejvíce oslabené a zda u nich hrozí riziko vzniku SPU. Závěr práce tvoří navrhovaná opatření k dané problematice.

### **Klíčová slova:**

Narušená komunikační schopnost, lehká mozková dysfunkce, vývojová dysfázie, specifický logopedický nález, specifické poruchy učení, porucha pozornosti s hyperaktivitou, předškolní věk, dotazník, orientační logopedické vyšetření, mateřská škola a poradenská zařízení.

### **Summary:**

The paper maps the relationship among *Distorted Communication Abilities*, the ADHD, and risk of a Specific Developmental Learning Dysfunction development with the pre-school children. The theoretical part defines the terms. It divides in three sub-chapters. The first one deals with the speech therapy and the distorted communication abilities, the

second one describes the attention disorder related to hyperactivity, the last one explains the specific learning disorders.

The practical part is divided into two research samples of 15 children each. With the first sample I focused on relations between ADHD syndrome and the distorted communication abilities with the risk of the specific learning disorders development using questionnaires and general-oriented logopaedic examinations. In the second sample were children diagnosed on ADHD and Developmental Dysphasia. By studying the relevant documentation I probed into which functions the children have damaged the most and whether there is not with them pending the development of the specific learning disorder condition. The conclusion of the work suggests the measures to be taken to deal with the problems.

**Keywords:**

Distorted Communication Ability, Minimal Brain Dysfunction, Developmental Dysphasia, Specific Speech Therapy Finding, Specific Learning Disorder, ADHD, Pre-school Age, Questionary, General-oriented Logopaedics Examination, Kindergarten and Counselling facilities.

**Kurzfassung:**

Die Bakkalararbeit mappiert die Zusammenhänge zwischen der gestörten Kommunikationsfähigkeiten, der Störung der Aufmerksamkeit mit der Hyperaktivität mit dem Risiko spezifischen Störungen des Lernens bei den Kindern des Vorschulalters.

Der theoretische Teil definiert die Fachwörter. Der Teil ist geteilt in drei Kapitel. Der erste befasst sich mit dem Fach Logopädie und der gestörten Kommunikationsfähigkeit, der zweite beschreibt die Störung der Aufmerksamkeit verbunden mit der Hyperaktivität. Der Abschlussteil klärt die spezifischen Störungen des Lernens auf.

Der praktische Teil ist in zwei Forschungsmodelle geteilt und jedes besteht aus fünfzehn Kindern. Beim ersten Forschungsmodell wurde der Zusammenhang zwischen ADHD und der gestörten Kommunikationsfähigkeit, mit dem Risiko der Entstehung SPU mit Hilfe eines Fragebogens und einer orientierenden logopädischen Untersuchung. Im zweiten Forschungsmodell waren Kinder mit der Diagnose ADHD mit der Entwicklungsdisphase. Mit dem Studium der Aktendokumentation wurde festgestellt, welche Funktionen haben diese Kinder am meisten geschwächt und ob bei ihnen das Risiko der Entstehung SPU

droht. Den Abschluss der Arbeit bilden vorgeschlagene Maßnahmen zu dieser Problematik.

**Schlüsselwörter:**

Die gestörte Kommunikationsfähigkeit, die leichte Gehirndysfunktion, die Entwicklungsdisphase, der spezifischer logopädischer Befund, die spezifischen Störungen des Lernens, die Störung der Aufmerksamkeit mit der Hyperaktivität die Kinder im Vorschulalter, der Fragebogen, die orientierende logopädische Untersuchung, der Kindergarten und die Barutungseinrichtung.

## **OBSAH**

<b>1 ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE .....</b>	<b>10</b>
2. 1 POJEM LOGOPEDIE .....	10
2. 2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST .....	11
2. 2. 1 Vývojová dysfázie.....	13
2. 2. 2 Dyslalie .....	16
2. 3 PORUCHA POZORNOSTI SPOJENÁ S PORUCHOU AKTIVITY .....	20
2. 3. 1 Výchovné přístupy k dětem s ADHD (LMD).....	26
2. 3. 2 Specifický logopedický nález .....	29
2. 4 SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY UČENÍ.....	30
<b>3 PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>35</b>
3. 1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI .....	35
3. 1. 1 Stanovení předpokladů.....	35
3. 2 POUŽITÉ METODY .....	36
3. 3 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU A PRŮBĚH PRŮZKUMU .....	38
3. 4 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE .....	38
3. 4. 1 Dotazník pro učitelky mateřských škol (příloha č. 1).....	39
3. 4. 2 Orientační logopedické vyšetření (příloha č. 2).....	43
3. 5 DISKUZE .....	53
<b>4 ZÁVĚR.....</b>	<b>54</b>
<b>5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ .....</b>	<b>56</b>
<b>6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>61</b>
<b>7 SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>63</b>

## Seznam používaných zkratk

**ADHD** porucha pozornosti s hyperaktivitou

**LMD** lehká mozková dysfunkce

**SPU** specifické poruchy učení

**NKS** narušená komunikační schopnost

**OLV** orientační logopedické vyšetření

**PPP** pedagogicko-psychologická poradna

**SPC** speciálně pedagogické centrum

## 1 ÚVOD

*Motto:*

*To, čím se člověk liší od zvířat, jest rozum a řeč. První má pro svou potřebu, druhé pro bližní, proto má o to oboje pečovati, aby měl jak mysl, tak z mysli pocházející hnutí údů, tedy i jazyk co nejvybroušenější.*

*J.A.Komenský*

Bakalářská práce se bude zabývat narušenou komunikační schopností u dětí předškolního věku se zaměřením na poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou a dále poukáže na oblasti ve vývoji předškolního dítěte, kde jsou patrna oslabení. Bude poukázáno jednak na důležitost diagnostikování poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou a narušené komunikační schopnosti. Bude objasňováno, jak je pro správný vývoj dítěte důležité, aby byla včas zahájena náprava řeči, dítě nestagnovalo a dále se správně rozvíjelo.

Pracuji v mateřské škole v běžné třídě, kam dochází některé děti, které mají narušenou komunikační schopnost a zároveň vykazují známky poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou. Mají problém v porozumění řeči, protože se nedokážou koncentrovat a nevědí, co se po nich chce. Těžko pak mohou správně vyslovovat, když nevnímají správně jednotlivé fonémy. Právě u těchto dětí se předpokládá, že ve školním procesu budou mít problémy s učením a chováním. Mohou pak vznikat specifické poruchy učení, které vedou ke školnímu neúspěchu dítěte, někdy až k sekundárním poruchám chování. V mateřské škole máme možnost odhalovat a pomocí prevence předcházet poruchám učení a chování. Upozorňovat rodiče na tyto problémy a vést je ke spolupráci s dalšími odborníky např. v pedagogicko-psychologických poradnách nebo ve speciálně-pedagogických centrech. Čím dříve se dostane dítěti s narušenou komunikační schopností a s poruchou pozornosti a hyperaktivity cílené péče, tím bude mít náprava či zmírnění



problémů rychlejší a trvalejší výsledky. Rodič však nesmí být netrpělivý, protože to bývá dlouhodobá záležitost. Takové děti jsou u nás zařazovány do logopedické třídy, kde je jim poskytována kvalifikovaná péče. Nejdůležitější je správná a včasná diagnostika poruchy ve školském poradenském zařízení.

**Cílem bakalářské práce je mapovat souvislosti mezi narušenou komunikační schopností, ADHD a rizikem vzniku specifických poruch učení, teoreticky a prakticky zmapovat oblasti, ve kterých mají děti největší problémy, popsat vhodné nápravné techniky a předejít tak školní neúspěšnosti.**

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou.

**Teoretická část** vymezuje pojmy logopedie a narušená komunikační schopnost. V teoretické části jsou pouze jmenovány poruchy řeči, podrobněji se zabývá vývojovou dysfázií a dyslalií. Popisuje možné příčiny vzniku poruch, jak se dítě s poruchou projevuje a jak se provádí diagnostika. Dále je teoretická část zaměřena na vymezení pojmu ADHD, (LMD). Objasňuje její příčiny, projevy a diagnostiku. V práci jsou popsány specifické poruchy učení a zabývá se hlavně příčinou vzniku, protože pro práci jsou důležitá rizika vzniku specifických poruch učení. Podrobněji jsou analyzovány funkce dílčích schopností, které bývají nejčastěji postižené a jsou popsány vhodné mechanismy pro jejich rozvoj. V teoretické části se vychází z literatury známých a uznávaných odborníků, kteří jsou citováni, nebo jsou jejich poznatky shrnovány s použitím slov autora.

**Praktická část** obsahuje dva výzkumné vzorky, z nichž každý má patnáct dětí. V prvním výzkumném vzorku byly osloveny učitelky mateřských škol, které vyplnily dotazníky pro stanovení diagnózy ADHD. Dotazník pomohl zmapovat, zda dítě má dispozice pro diagnózu ADHD, nebo pouze vykazuje jeho chování některé znaky, ale diagnózu nemá.

U této skupiny bylo provedeno orientační logopedické vyšetření. Na jeho základě je určena možná příčina narušené komunikační schopnosti a nastaven logopedický plán. Zmapovalo se tím, které děti mají narušenou komunikační schopnost a zároveň vykazují některé znaky ADHD a zda děti, u kterých byla zjištěna narušená komunikační schopnost a zároveň vykazují některé znaky ADHD, mají předpoklad k vzniku specifických poruch učení.

Do druhé skupiny spadalo patnáct dětí, které mají diagnostikovanou vývojovou dysfázii a ADHD. Pracovalo se s anamnestickými daty z PPP, SPC a z logopedické třídy metodou studia spisové dokumentace. Byly prostudovány diagnózy dětí, jejich IVP a tím se zjišťovalo, zda jsou oslabeny dílčí funkce pro vznik specifických poruch učení. Na konci práce jsou navrhována opatření k dané problematice.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

### 2. 1 Pojem logopedie

*„Název logopedie se skládá z řeckého logos – slovo, paidea – výchova (výchova řeči). Logopedii definujeme jako disciplínu, která se zabývá výchovou, vzděláváním, komplexní péčí o osoby s narušenou komunikační schopností a prevencí tohoto narušení, poruchy.“*

( Klenková, 2000, str.9 )

Přesné vymezení pojmu logopedie uvádí ve svém slovníku Dvořák (2007, str. 112)

*„1. jde o obor, zabývající se fyziologií a patologií mezilidské komunikace (rozvoj různých forem komunikace, výzkum, diagnostika, terapie, prevence, profylaxe) ve všech aspektech, který se opírá o nozologické jednotky MKN, protože jde o klinickou práci, je nutné získat klinickou kompetenci bez ohledu na resort, ve kterém logoped pracuje.*

*2. (v pojetí speciálně pedagogickém, ve světě již překonaném)*

*a) obor speciální pedagogiky, jejímž předmětem je výchova správné řeči, prevence a profylaxe poruch komunikace, ale též diagnostika a terapie vad a poruch řeči; metody jsou údajně (speciálně) pedagogické; b) speciálně pedagogický obor, který se zabývá výchovou a vzděláváním osob s poruchami komunikace.“*

Vybrala jsem definici, která nahlíží na tento obor ze dvou úhlů pohledu. První je zdravotnický a druhý je speciálně pedagogický.

Logopedii definují i jiní autoři, například Lechta a Sovák. V definici se téměř shodují.

Sovák (1984, str. 15) uvádí, že logopedie je v nejširším slova smyslu výchova řeči (logos - slovo, paidea – výchova).

Logopedie je jedním z oborů speciální pedagogiky. Skládá se ze slova logos, což znamená slovo, ale zabývá se nejen mluvenou řečí, ale i grafickou formou komunikace. Paidea znamená výchova, ve smyslu správného používání jazyka. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální a pragmatickou rovinu. O narušené komunikační schopnosti mluvíme tehdy, působí-li některá z jazykových rovin rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru jednotlivce. Člověk by měl dokázat formulovat svoje myšlenky, přání, životní postoje a to, co prožívá, co cítí. Neméně důležitá je i schopnost správně používat grafickou formu jazyka.

Logopedie se nezabývá pouze dětmi s narušenou komunikační schopností, ale i jedinci všech věkových kategorií s narušenou komunikační schopností. Logopedie se zabývá výchovou, péčí a vzděláváním lidí s narušenou komunikační schopností.

Logopedická péče se tedy nejlépe uplatňuje v procesu předškolní výchovy v předškolních zařízeních. Právě v mateřských školách dochází k prvním odhalením odchylek od normálu. Je zde prováděna logopedická prevence, která by měla předcházet narušené komunikační schopnosti. To znamená, že by se děti měly naučit správně mluvit a osvojit si správné komunikační návyky. Logopedická prevence se však také vztahuje na děti s již narušenou komunikační schopností a věnuje se jim taková péče, aby dokázaly svůj handicap překonat a nedošlo k deformaci osobnosti dítěte. Učitelky bývají proškolené a spolupracují s logopedy, kteří chodí do mateřských škol provádět depistáže. Při nich si vytipují děti, které potřebují individuální logopedickou péči. Domluví si s rodiči návštěvu v logopedické poradně, kde se provedou všechna potřebná vyšetření ke stanovení diagnózy dítěte, a ukáže se rodičům, jak mohou s dítětem pracovat. Spolupráce rodičů je při nápravě narušené komunikační schopnosti nezbytná, s dítětem musí cvičit denně alespoň chvíli.

Logopedie spolupracuje s mnoha dalšími obory a má pro člověka velký společenský význam. Tím, že člověk umí komunikovat s ostatními lidmi, se správně rozvíjí jeho duševní a osobnostní vývoj, vyrůstá z něj zdravý jedinec.

*„Logopedie se zabývá patologickou stránkou komunikačního procesu, to určuje její vztah k medicíně. Spolupracuje s foniatří, otorinolaryngologií, neurologií, psychiatrií. Lékařské obory se orientují na léčbu osob s narušenou komunikační schopností, v logopedii jde o výchovu. Logopedie spolupracuje s psychologii, využívá psychologické poznatky o psychických zvláštěnostech osob s narušenou komunikační schopností. Důležitý je vztah k jazykovědním oborům – fonetice, fonologii. Poznatky z jazykovědy se aplikují při diagnostice i při odstraňování poruch komunikačních schopností.“ (Klenková, 2000, str. 9)*

## **2. 2 Narušená komunikační schopnost**

Vývoj řeči neprobíhá u všech dětí stejně a je třeba mít na zřeteli individuální vývoj každého dítěte. Nutné je však vývoj řeči nepodceňovat a v případě podezření na vadu řeči se poradit s odborníkem. Tady pomáhají mateřské školy a při depistážích jsou často odhaleny poruchy řeči a rodiče jsou informováni na koho a kam se mají obrátit.

*„O narušené komunikační schopnosti mluvíme tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jazykových projevů působí vzhledem ke komunikačnímu záměru jednotlivce interferenčně. Může jít např. o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikální, sémantickou a pragmatickou rovinu. Narušená komunikační schopnost se může týkat verbální i neverbální, mluvené i grafické formy interindividuální komunikace, její expresivní a receptivní složky. Z časového hlediska může být narušení komunikačních schopností trvalé nebo přechodné. Může se projevat jako vrozená chyba řeči nebo získaná porucha řeči. Její příčiny mohou být orgánové i funkční. Podle stupně může být narušení komunikačních schopností úplné nebo částečné. Osoba s narušenou komunikační schopností si své narušení může uvědomovat, ale také nemusí.“ (Lechta, 2003, str. 18)*

Komunikační schopnost může být narušena mnoha způsoby a v různých jazykových rovinách. Uvedu zde členění poruch řeči podle Preisse (2006) pouze obecně. Rozsáhleji se budu zabývat pouze těmi poruchami řeči, které se vztahují k této práci.

#### **1) Poruchy na bázi řečových mechanismů:**

dyslalie – patlavost,

poruchy tempa řeči – breptavost (tumulus sermonis), balbuties (kóktavost),

poruchy zvuku řeči – rinolálie (huhňavost) otevřená a uzavřená, palatolalie (rozštěpy patra),

poruchy hlasu – dysfonie (chraptivost),

vývojová dyspraxie – neobratnost v artikulaci a porucha motoriky a kresby (funkční vada),

vývojová dysartrie – symptomatická vada u dětí s DMO.

#### **2) Poruchy na bázi postižení jazykového vývoje:**

opožděný vývoj řeči prostý – došlo k sociálnímu zanedbání, dítě vše dožene,

opožděný vývoj řeči jako symptom – u lehké mentální retardace, autismu,

vývojová dysfázie – poškození řeči a jazykových schopností na všech úrovních,

specifický nálezn při SPU – dítě má problémy s grafickou stránkou jazyka.

#### **3) Poruchy na bázi postižení percepce:**

poruchy sluchu a řeči,

poruchy zraku a řeči.

#### **4) Poruchy na bázi postižení kognitivních procesů:**

psychiatrické onemocnění a řeč – autismus, schizofrenie,

mutismus – totální a elektivní, dítě mluvit chce, ale nemůže,  
mluvní negativismus – může mluvit, ale nechce,  
stavy po úrazech, nebo nemocech CNS,  
mentální handicap a řeč.

### **2. 2. 1 Vývojová dysfázie**

Znamená specificky narušený vývoj řeči projevující se ztíženou schopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Dítě sice slyší mluvenou řeč, ale nedostatečně jí rozumí. Potom ji zcela samozřejmě špatně reprodukuje a není si vědomo svých chyb, domnívá se, že je to správně. Důležitá je diferenciální diagnostika pro odlišení vývojové dysfázie od prostého opoždění řeči, dyslalie, sluchových vad, mentální retardace, autismu a mutismu.

Dvořák (2007, str. 53) vývojovou dysfázií popisuje jako specificky narušený vývoj řeči projevující se ztíženou schopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené – sociální prostředí, emocionální vazby, kvalita a četnost podnětů, smysly, přiměřená inteligence, zpětná vazba, negativní klasické neurologické vyšetření. Předpokládá se, že vývojová dysfázie je způsobena drobným difúzním poškozením jazykových (řečových) zón vyvíjejících se v mozku v časných stádiích. Speciální zkoušky u většiny dětí potvrzují známky lehké mozkové dysfunkce. Porucha má systémový charakter a zasahuje v různém stupni a širokém spektru senzorickou a motorickou oblast ve všech jazykových rovinách.

#### **Příčiny vzniku vývojové dysfázie**

Kutálková (2002, str. 49) uvádí:

- Mozková dysfunkce obvykle charakterizovaná jako LMD – projevy.
- Dědičné vlivy.
- Poruchy intelektu.
- Nedostatky zrakové percepce: zraková paměť, pozornost, diferenciace, figura a pozadí.
- Nedostatky sluchové percepce: melodie, rytmus, tempo, sluchová diferenciace, sluchová paměť.
- Vrozené malé nadání pro řeč.
- Nevyhraněnost a opožděná lateralizace.

Příčiny mohou být různé a mohou se i kombinovat. Například Sovák (1984, str. 121) popisuje ve své knize, že příčinou může být i nevhodná výchova. Jde o výsledky nesprávné až škodlivé péče o dítě, jež bylo stíženo prostým opožděním vývoje řeči, to by se spontánně upravovalo během doby, po kterou vyžívají nervové dráhy. Jestliže však matka nutí dítě, aby po ní opakovalo, může dosáhnout pravého opaku a dítě neurotizuje. Na druhou stranu jsou též známy příklady extrémní nemluvnosti z naprostého zanedbání výchovy. Už u Komenského čteme o dětech vychovaných mezi zvířaty.

Příčiny jsou spatřovány především v dědičných vlivech a nevhodných výchovných postupech. Při dobré spolupráci s rodinou mají tyto případy většinou dobrou prognózu.

Za příčinu bývá označována porucha koncentrace a motoriky, tedy ADHD. Ta vzniká drobným postižením mozku prenatálně, perinatálně nebo postnatálně. Prognóza vývoje řeči je závislá na dozrávání centrální nervové soustavy. Úprava vývojové dysfázie je zdlouhavá a vyžaduje logopedickou péči, která se opírá o principy ontogenetického vývoje řeči a všeobecně platné pedagogické zásady. Je nutná spolupráce s logopedem, rodičem a učitelkou v mateřské škole.

### **Projevy vývojové dysfázie:**

- vývoj řeči je opožděn,
- je narušena schopnost sluchového rozlišování, vnímání a chápání stavby vět,
- vyšetření sluchu je normální,
- rozumění řeči je většinou dobré,
- malá slovní zásoba,
- porucha stavby slov, vět a jejich gramatické struktury (dítě nedodrжуje počet slabik ve slově, nedodrжуje pořádek slov ve větě, poruchy časování, skloňování, nepoužívá zvrtná zájmena, chybné užívání předložek a předložkových vazeb),
- porucha paměti,
- poruchy motoriky mluvidel při tvorbě hlásek,
- porucha jemné motoriky (kresba výrazně opožděna),
- celková motorická neobratnost.

### **Dítě s vývojovou dysfázií**

Vývojová dysfázie není primárně poruchou intelektu a není příznakem snížených mentálních schopností dítěte. Protože však prostřednictvím řeči a jejího vývoje dochází

k rozvoji myšlení dítěte, je velmi důležité při zaostávání řečového rozvoje dítě vyšetřit (logopedicky, psychologicky, foniatricky, neurologicky) a určit diagnózu.

Vývojová dysfázie je centrální porucha komunikační schopnosti. Lze hovořit o specificky narušeném vývoji řeči, což se může projevovat neschopností nebo snížením schopností verbálně komunikovat, i když podmínky pro vytvoření této schopnosti jsou dobré. Porucha má systémový charakter a zasahuje impresivní (porozumění) a expresivní (vyjadřovací) složky řeči v různých jazykových rovinách. Setkáváme se s deficitem i v oblasti jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky, pozornosti a paměti. Dysfatici mají narušenou sféru motivační, emocionální, zájmovou a jsou lehce unavitelní.

Dítě s vývojovou dysfázií má řeč obsahově velmi chudou, slovní zásoba je malá a jen pomalu se zvětšuje. Vyjadřovací obratnost je značně omezena, dítě není příliš pohotové a obtížně hledá vhodný slovní obrat. Upovídané děti zase bez zábran produkují množství vět, které však mají s tématem málo společného. Často se dopouští chyb ve skloňování, časování a v rodech.

Věty jsou jednoduché, mají neobratnou stavbu, jsou kostrbaté a často s přeházeným slovosledem. Charakteristické pro tyto děti je, že umí vyslovit jako přírodní zvuk jednotlivou hlásku (s - jako had, pipi – jako kuřátko), ale neumí je složit do slova. Vyskytují se u nich také problémy v měkčení slov.

V případě, že se jedná o vývojovou dysfázii, stanoví se terapeutické postupy, které projevy vývojové dysfázie stimulují a umožní dítěti optimální rozvoj ve všech oblastech.

Terapie vývojové dysfázie se provádí při individuálních hodinách na logopedických pracovištích a ve speciálně pedagogických centrech, kde u dětí s přetrvávající nemluvností u těžkých forem dysfázie pracují s jinými komunikačními technikami.

Včasným podchycením a rehabilitací je možné důsledky dysfázie na rozvoj dětí a jejich dopad na pozdější školní úspěšnost zmírnit nebo zatlačit do pozadí. Tyto děti často bývají celkově motoricky neobratné (nejen jejich mluvidla).

Charakteristickým znakem terapie vývojové dysfázie je její komplexnost, tedy to, že není zaměřena pouze na řeč, ale na všechny oblasti vývoje při individuálním přístupu ke každému dítěti.

Komplexní přístup zahrnuje rozvoj psychomotorický, rozvoj sluchové a zrakové percepce a rozvoj řeči, přičemž se uplatňuje návaznost a spirálový princip opakování jednotlivých nacvičovaných dovedností.

Při terapii se imituje normální řečový vývoj dětí (od produkce hlásek, slabik a jejich řetězců bez akustické pozornosti přes sebenapodobování k napodobování druhých), děti se nenutí k řeči a preferuje se obsahová stránka řeči nad formální.

Každý řečový pokus a pokrok dítěte je podporován a chválen.

Terapeutické přístupy prolínají do všech aktivit dítěte během celého dne. Při terapii vycházíme z dosaženého stupně vývoje řeči a ne z biologického věku.

Řeč má sociální funkci, pomáhá dítěti uplatnit se v rodině a v dětském kolektivu. Při terapii proto hraje velkou roli pobyt dítěte v kolektivu (speciální mateřské škole pro děti s vadami řeči), kde se obzvláště využije princip terapie hrou a modelových situací, ve kterých je možné uplatnit osvojené dovednosti.

## **2. 2. 2 Dyslalie**

Nejrozšířenější poruchou řeči dětí (i dospělých) je vadné tvoření hlásek – porucha artikulace hlásek, kterou nazýváme dyslalie (patlavost). Při dyslalii rozlišujeme:

- nesprávnou výslovnost, která je dána vývojovým, přechodným jevem,
- vadnou výslovnost, která má výrazně patologický charakter již od počátku jejího vývoje, nebo když nesprávná výslovnost přetrvává do období, kdy se ustaluje výslovnost, tj. kolem sedmého roku dítěte.

### **Příčiny dyslalie, jak uvádí Krahulcová (2007, str. 32)**

- Dědičnost (především nespecifická dědičnost, dyspraxie, dysgnózie nebo motorická retardace a podobně).
- Vrozené dispozice (postižení CNS, smyslová postižení zejména sluchu a zraku, porodní postižení,...).
- Vlivy prostředí (nesprávný mluvní vzor, výchovné chyby, nedostatek stimulaci ke komunikaci,...).
- Patologie mluvních orgánů (dýchání, fonace, artikulace, podjazyková uzdička, rty, jazyk, měkké a tvrdé patro, čípek, souhra v celkové technice mluvy).
- Další senzorní postižení (mentální nebo jiné).

**Klenková (1998, str. 13)** dělí příčiny na vnitřní a vnější.

K vnitřním příčinám podle ní patří:

- Poruchy sluchu, nedostatečná diskriminace zvuků, anatomické vady řečových orgánů, neuromotorické poruchy a kognitivně lingvistické nedostatky.

K vnějším příčinám se řadí:



- Psychosociální vlivy, pohlaví, artikulační zručnost, osobnost dítěte, mentalita a vlastnosti dítěte.

Jestliže to shrneme, tak obvykle mezi příčiny počítáme:

- nesprávný řečový vzor, který dítěti poskytuje jeho prostředí,
- poruchy sluchu-podle druhu a stupně,
- poruchy fonemického sluchu – nedostatečná schopnost analyzovat a diferencovat jednotlivé hlásky a správně odlišovat od zvukově deformovaných hlásek,
- nedostatek citů – děti, kterým od útlého věku chybí citové vztahy, začínají mluvit později a jejich projev je chudý a nesprávný,
- poruchy v centrálním nervovém systému – při LMD se objevují nedostatky ve výslovnosti (artikulační neobratnost a hlásková asimilace). Mnohé mentálně retardované děti mají výslovnost více narušenou než zdraví jedinci.
- motorická neobratnost – souvisí také s nedostatky ve výslovnosti,
- anomálie řečových orgánů-defekty chrupu, skusu, přirostlá uzdička, rozštěp rtu,
- nesprávný postoj prostředí k mluvnímu projevu dítěte – neustálé napomínání, výsměch za jeho nesprávnou výslovnost.

Dyslalie může postihnout jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek ve slabikách a slovech.

Podle toho rozlišujeme:

- hláskovou,
- slabikovou,
- slovní dyslalii.

Hlásková dyslalie se dělí na:

- mogilálii – dítě některou hlásku vůbec netvoří, a proto ji v řeči vynechává (např. místo ruka říká uka),
- paralálie – dítě hlásku, kterou neumí vyslovit, zaměňuje za jinou (místo ruka říká juka),
- dítě hlásku vyslovuje, ale chybně, na jiném artikulačním okrsku, takový způsob tvoření označujeme řeckým názvem hlásky s příponou – izmus (vadné tvoření hlásky l – lambdacizmus, vadné tvoření hlásky r – rotacismus apod).

Slabiková a slovní dyslalie se projevuje tím, že dítě hláskové skupiny ve slabikách a slovech redukuje a přesmykuje, přičemž výslovnost izolovaných hlásek může být správná.

Dyslalie se rozděluje podle několika hledisek.

Hledisko vývojové

- fyziologická dyslalie (mezi 5.-7. rokem),
- prodloužená fyziologická dyslalie,
- pravá dyslalie (po 7. roce života).

Podle příčin:

- senzorická (narušená sluchová diferenciaci),
- motorická (artikulační neobratnost).

Podle rozsahu:

- univerzální (mnohočetná),
- multiplex (gravis),
- parciální (levis, simplex) – vada jedné nebo více hlásek.

Orgánová dyslalie:

- akustická,
- labiální,
- dentální,
- palatální,
- lingvální,
- nazální.

Pro srovnání uvedu další faktory ovlivňující správnou artikulaci. Mezi faktory ovlivňujícími artikulaci však dominuje jako hlavní monitorovací kanál řeči schopnost slyšet. Při nedostatečně rozvinutém sluchu se řečový signál vnímá deformovaně, proto je třeba vyšetřovat úroveň sluchové citlivosti a schopnost rozeznávat řeč. Jednou z hlavních příčin dyslalie je podle Lechty nedostatečná diskriminace zvuku. Dle příčiny se tedy jedná o dyslalii senzorickou. Při motorické neobratnosti, která souvisí s artikulační neobratností, bývá u dětí diagnostikováno ADHD, jedná se tedy o motorickou dyslalii.

*„Nesprávné specifické fonémové realizace jsou v přímém vztahu k chybám specifické percepce, proto se kupříkladu mezi perforačním testem artikulace a testem řečového zvuku zjišťuje vysoká korelace. Je však třeba vždy zároveň vyšetřit motorickou schopnost artikulačních orgánů i percepční schopnost dítěte, kupř. testem podle Templina (1947). Měří se při něm diskriminační schopnost vybraných zvuků v definovaném souboru slov a obrázků a zjišťuje se počet uskutečněných chyb nebo se od postiženého vyžaduje rozeznání chybného tvaru ve vlastní produkci a v produkci vyšetřujícího s případným použitím nahrávky a přehrávky.“ (Lechta a kol., 2003, s. 172)*

Mezi méně významné příčiny narušené řeči se zařazují některé anatomické variace mluvních orgánů. Rty, které se účastní tvorby bilabiálních fonémů, však ani při rozštěpových vadách řečovou produkci podstatně neovlivňují. Ani neúplný počet zubů nemusí být vážnějšími překážkami správné artikulace. Jazyk je nejdůležitější při produkci řeči, ale jeho dimenze, např. velikost, se do artikulace nepromítá. Krátká uzdička je jen vzácně příčinou špatné artikulace.

Z vnějších faktorů se uplatňují především psychosociální vlivy, které působí na artikulační schopnost nejen v závislosti na věku, ale i pohlaví, protože starší děti a děvčata jsou v aktivizaci jazyka akcelerovány. Biologický vliv, podobně jako socioekonomické faktory však nejsou v rozvoji řeči obvykle rozhodující. Uplatňuje se osobnost dítěte, mentalita, jež se projevuje v chování a osobních vlastnostech, pokud nejsou odrazem osobnosti rodičů. Určování těchto závislostí je ovšem jen přibližné a nelehké.

### **Metodika vyšetřování dyslalie**

Základní metodou vyšetřování řeči je rozhovor, který se obvykle uskutečňuje za přítomnosti rodičů nebo blízkých členů rodiny. Získá se tím představa o současném stavu řeči dítěte a při dyslalii se zjistí rozsah a stupeň chybné výslovnosti, jež se až do 1. roku školní docházky ještě považuje za fyziologickou.

*„Vlastní vyšetření řeči dítěte se provádí nenápadně a je třeba vycházet ze zkušenosti, že většina dětí se bojí. Dítě většinou necháme popisovat obrázky v obrázkových textech, které jsou vhodným prostředkem k rychlejšímu navázání vzájemného kontaktu. Je třeba se vyhnout postupu, při němž dítě napodobuje řečový vzor vyšetřujícího. Při dyslalii se pozornost soustředí na výslovnost jednotlivých hlásek v závislosti na jejich pozici ve slabikách a slovech.“ (Krahulcová, 2007)*

Vznikne-li podezření na poruchu nebo zjistí-li se porucha orgánů, jež se řeči účastní, logopedické vyšetření se doplňuje vyšetřením lékařským (neurolog, foniatr, psycholog). Základem objektivního vyšetření a zejména interpretace zjištěných příznaků dyslalie však zůstává klinické pozorování a logická analýza, která se o toto sledování opírá. Lechta (2003, str. 41) uvádí, že vyšetřování bývá systematické, vyšetřuje se sluch, artikulační orgány, motorika a rodinná anamnéza. Ve výjimečných případech se používají i laboratorní metody. Po shromáždění potřebného množství diagnostických údajů lze přikročit k jejich analýze a interpretaci, aby se mohla stanovit konečná diagnóza.

Pro mě nejznámější metodou a také metodou, kterou používám při své práci, je logopedické orientační vyšetření. Obsahuje celkem třináct různých zkoušek, podle jejichž závěrů se nastaví logopedický a individuální plán a určí se priority v reedukaci, nebo se rodičům dítěte doporučí vyšetření u odborného lékaře (foniatra, psychologa). Patří sem anamnéza osobní a rodinná, sluchová zkouška, vyšetření mluvidel, zkouška dýchání, zkouška motoriky mluvidel, zkouška artikulační obratnosti (u dětí od 5,5 let), vyšetření fonemického sluchu, vyšetření výslovnosti, vyšetření slovní zásoby, vyšetření řečového projevu, vyšetření zrakové percepce, vyšetření verbální sluchové paměti, zkouška laterality. Je -li potřeba, je nutná spolupráce s dalšími odborníky.

## **2. 3 Porucha pozornosti spojená s poruchou aktivity**

Dnes se mezi odborníky používá několik termínů, může to být termín LMD, ADHD či ADD.

LMD je lehká mozková dysfunkce, ADHD je porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a ADD je prostá porucha pozornosti.

Zelinková (1994, str. 13) uvádí a používá název lehké mozkové dysfunkce (LMD).

*„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevovat různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů nebo motoriky. Vyskytuje se ve formě hyperaktivní a hypoaktivní.“*

Matějček a kol. (1991) definici objasňuje takto:

*„V posledních letech se z heterogenní problematiky týkající se lehké mozkové dysfunkce vyčleňuje větší počet syndromů, např. porucha pozornosti (ADD), porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), jimž se začínají věnovat i naši odborníci. Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) dokonce uvádí „hyperkinetické poruchy“ jako samostatnou skupinu poruch zahrnující: poruchy aktivity a pozornosti, hyperkinetické poruchy chování a jiné, případně i nespecifikované hyperkinetické poruchy. Mezi jejich projevy patří např. neschopnost vydržet u činnosti vyžadující kognitivní účast, nedostatečně regulovaná a nadměrná aktivita, jakož i specifické opoždění ve vývoji motoriky, řeči atd. Jak však upozorňuje Matějček, při takovém rozdrobování pojmu LMD dochází zákonitě k novým těžkostem: protože ani jeden z nově vytvořených „syndromů“ nemůže být přesně ohraničený, dochází k dalekosáhlému překrývání a směšování*

*symptomatologie – a nakonec praxe ukazuje, že nově vytvořené jednotky nejsou o nic lépe vydefinované, než byl souhrnný pojem LMD. Proto pokládá sjednocující, nadřazený termín LMD stále ještě za nejvhodnější, přičemž doporučuje používat zastřešující pojem LMD, pokud možno, vždy se specifikací konkrétního syndromu.“*

(Attention deficit hyperaktivity disorder) Zelinková ve své knize (1994, str. 196) přibližuje definici podle Barkleye a zní následovně: ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společnostmi. Dále v textu bude používána zkratka ADHD a ADD.

### **Děti s ADHD a ADD (LMD)**

Hlavními projevy této poruchy jsou nesoustředěnost, hyperaktivita a impulzivita. Děti s ADHD (LMD) mívají často specifický logopedický nález, ten se projevuje v artikulační neobratnosti a specifických asimilacích. Při artikulační neobratnosti děti slova komolí (př. místo kečup říkají kepuč), přehazují slabiky. Umí vyslovit jednotlivě hlásku i celá slova, ale artikulace je namáhavá a řeč obtížně srozumitelná. Tyto obtíže se pak projevují i při psaní. Často se z nich stávají žáci se specifickými poruchami učení: dyslexie, dysgrafie a dysortografie. Těmto dětem také chybí jazykový cit, což znamená zvládat v praxi mluvnická pravidla bez jejich teoretického osvojení. Dítě nedokáže určit, zda má říkat ta kočka, nebo to kočka. Dále např. červená míč, červený míč, nebo červené míč. Přetrvávají-li u dítěte problémy v této složce ještě před nástupem do školy, lze předpokládat, že se u něj projeví poruchy psaní a čtení v průběhu školní docházky.

Dítě s ADHD se projevuje neklidem, nesoustředěností, prudkostí v reakcích, výkyvy nálad i ve výkonnosti. To jsou totiž nejčastější příznaky určité slabosti nervového systému. Nejde o závažnější poruchy poškození mozku, které by mělo za následek nějaké poruchy v tělesném vývoji dítěte a v jeho hybném aparátu, ani o hlubší opoždění mentálního

vývoje. Naopak jde zpravidla o děti s inteligencí někdy jen lehce podprůměrnou, na hraničním pásmu, nebo zcela v mezích průměru i nad průměrem.

Matějček (1988) se zamýšlí nad tím, co stanovení diagnózy pro dítě a jeho rodiče znamená. Vychází z toho, že správné odborné označení poruchy nesmí vytvářet v dítěti úzkost a v rodičích pocit ponížení, ale naopak z dítěte snímá nespravedlivé nálepky a přináší mu osvobození od nespravedlivých trestů a nesmyslného nátlaku. Vytváří základnu pro novou výchovnou orientaci vychovatelů a pro příznivou životní atmosféru, která je dále základní podmínkou úspěšného nápravného snažení. Rozhodující okolností je, aby z onoho odborného označení samozřejmě vyplývala naděje na nápravu! Aby tato naděje byla obsahem daného pojmu a aby ten, kdo dignitu sděluje, tyto perspektivy s oním pojmem náležitě spojil! Nemusí se tedy onoho slova bát ani rodiče, ani dítě, ale mohou je přijmout jako odrazový můstek pro spolupráci v nápravné snaze.

#### **Příčiny vzniku ADHD:**

- dědičnost,
- emocionalita,
- deprivace,
- a další řada možných příčin: např. alergie na stravu.

Uvádí se, že se jedná o nepatrné organické poškození mozku, které mohlo vzniknout prenatálně, perinatálně nebo postnatálně.

Matějček (2000, str. 160) popisuje možné příčiny tak, že se jedná o vlivy genetické, může jít o následky nepříznivých vlivů během těhotenství, či v průběhu porodu, či krátce po něm, může jít o následky nemocí či úrazů a může jít konečně o vliv jakýchkoli jiných okolností, jež se dotýkají mozku dítěte. Podle něj je důležitá včasná diagnostika, kterou provádějí pedagogicko-psychologické poradny. Důkladné vyšetření pomáhá k tomu, aby rodiče dítěti lépe porozuměli a aby učitelé byli od začátku na ně připraveni.

Na vzniku ADHD se mohou podílet také biologické příčiny, významnou roli hraje genetická dispozice. Co je skutečně zděděné, není přesně známo, ale předpokládají se změny ve fungování mozku. Další biologickou příčinou jsou toxiny z vnějšího prostředí, a to především aditiva v potravinách a nikotin.

Psychologické teorie předpokládají, že hyperaktivita je podmíněna současným spojením dispozice k tomuto chování a způsobem výchovy. Je-li dítě s dispozicemi k nadměrné aktivitě, pohyblivosti a náladovosti stresováno netrpělivým a nedůtklivým rodičem, nemohou se utvářet správné vzory chování a komunikace. Nevhodné vzory chování se

u dítěte stabilizují, dítě není schopno plnit požadavky školy a dostává se do konfliktu se školním řádem. Je nepochybné, že tyto příčiny hrají určitou roli ve vývoji obtíží, ale nelze je považovat za dostatečné.

*„Otázka hyperaktivity v ontogenetickém vývoji není jednoznačně řešitelná. Některé děti již od útlého věku vykazují řadu problémů charakteristických pro ADHD a jsou zkouškou trpělivosti a výchovatského umění pro rodiče. V mnoha případech obtíže vymizí a dítě se vyvíjí v souladu s normami, jindy přetrvávají celý školní věk až do dospělosti. Nelze předpokládat prosté zmizení symptomů s přibývajícím věkem. Symptomy jsou sice méně závažné, ale přibližně u 65-80% jedinců přetrvávají. Dospělí většinou dosahují nižší socioekonomickou úroveň a mění zaměstnání častěji než je běžné.“ (Zelinková, 2003, s. 197)*

### **Projevy poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou**

Třemi základními projevy ADHD jsou porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Jedinci s ADHD (porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou) jsou rizikovou skupinou z hlediska antisociálního chování. Může u nich dojít k sekundárním poruchám chování. Takto postižené děti bývají neoblíbené v kolektivu vrstevníků, ale také u pedagogů a chybí jim pozitivní hodnocení ze strany autority. Jak uvádí Šebek (1990, str. 64), hyperaktivní syndrom představuje rizikový faktor pro vznik sekundárních poruch chování, které mají charakter sociální maladaptace. V sedmdesátých a osmdesátých letech byl kladen důraz na nejrušivější syndrom – neklid. V osmdesátých letech byly zavedeny pojmy ADD, ADHD, které zdůrazňují také poruchu pozornosti jako jeden ze základních příznaků.

Projevy hyperkinetické poruchy způsobují následující obtíže:

- poruchu pozornosti – nepozornost, nežádoucí zapojení motoriky do aktivit poznání,
- poruchu analyticko – syntetické činnosti,
- poruchu seriality – vnímání časové posloupnosti,
- poruchu motivace, úsilí a vytrvalosti,
- poruchu řeči – dyslalie (artikulační neobratnost), vývojová dysfázie (porucha percepce a motoriky),
- poruchu slovní a pracovní paměti,
- poruchu motoricko-percepční – hyperaktivita s neschopností relaxace, sedavých aktivit,
- poruchu emocí a afektů,

- poruchu impulzivity,
- poruchu maladaptace.

U dětí s hyperkinetickou poruchou je třeba odlišně strukturovat prostředí než u jejich vrstevníků. Poruchy pozornosti a aktivity jsou rizikovým faktorem pro ostatní psychiatrické a psychosomatické poruchy (např. opoziční chování, tiky a podobně). Při nevhodném výchovném vedení navazují na primární příznaky sekundární, jak jsem již uvedla sekundární poruchy chování. (viz výše str. 23 v textu)

### **Diagnostická kritéria poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou**

*„Nejméně šest z následujících obtíží musí přetrvávat po dobu nejméně šesti měsíců a to v takové intenzitě, která je nepřiměřená pro daný stupeň vývoje dítěte:*

- 1. často věnuje bedlivou pozornost detailům nebo dělá chyby z nedbalosti ve školních úkolech a při dalších aktivitách,*
- 2. často má potíže v koncentraci pozornosti na úkoly nebo hry,*
- 3. často vypadá, že neposlouchá, co se mu říká,*
- 4. často nepracuje podle instrukcí, nedokončuje práci, má nepořádek na svém místě, ve svých věcech, přičemž tyto projevy nejsou projevy opozičního chování, vzdoru nebo nepochopení instrukcí,*
- 5. často má obtíže v organizování svých úkolů a aktivit,*
- 6. často oddaluje plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí,*
- 7. často ztrácí věci nezbytné pro školu a zájmové činnosti,*
- 8. často se nechá rozptýlit cizími podněty,*
- 9. často je zapomětlivý.*

*(Tato část se zaměřuje na pozornost dětí.)*

- 10. často třepe rukama nebo nohama, vrtí se na židli,*
- 11. často opouští místo ve třídě nebo v situaci v níž se očekává, že bude sedět,*
- 12. často není schopen klidně si hrát,*
- 13. často běhá kolem v situacích, kde je to nevhodné,*
- 14. často vyhrkne odpověď, aniž si poslechne celou otázku,*
- 15. často má obtíže při stání v řadě, při hrách nebo skupinových činnostech,*
- 16. často má obtíže, když čeká, až na něj přijde řada,*
- 17. často příliš mluví,*



*18. často přerušuje nebo obtěžuje ostatní.*

*(Tato část testu je zaměřena na aktivitu dítěte. A poslední třetí část se zabývá validitou testu.)*

*19. výše popsané chování se projevuje nejméně za uplynulých šest měsíců,*

*20. uvedené symptomy se projevují v různých situacích (škola, doma),*

*21. většina výše uvedeného se projevovala i před sedmým rokem věku dítěte,*

*22. většina uváděných problémů brání dítěti v kontaktu s vrstevníky.“*

(Matějček, 2000)

Při diagnostice by měl odborník, pokud to jde, dítě pozorovat v dětském kolektivu, spolupracovat s učitelkou a spolu s ní zhodnotit chování dítěte. Při stanovení diagnózy musí být příznaky pozorovány již od útlého dětství, problémy by mělo dítě mít v každém prostředí (v mateřské škole i doma) a měly by trvat nejméně šest měsíců.

Na takto diagnostikované dítě se bere ohled a někdy se zbytečně snižují nároky na něj. Dítě se snadno přizpůsobí, nemá snahu a nebere zodpovědnost za své jednání, to často vyhovuje i jeho rodině. Což není správné, ale často se s tím lze setkat.

Ve školských poradenských zařízeních lze diagnostikovat ADHD (LMD) již od čtyř let v podobě vývojových vad řeči a poruch pozornosti s hyperaktivitou. Tato porucha se dá diagnostikovat i u neurologa pomocí EEG, kde se projeví.

V odborném časopise (Informatorium, 2007, str. 22) je popsáno, jak to funguje:

*„Na fyziologické úrovni je porucha způsobena chybou komunikací mezi těmi oblastmi mozku, které jsou zodpovědné za správné zpracování zrakových a sluchových podnětů, jejich analýzu a koordinaci. Chyba je měřitelná na EEG a projevuje se jako odchylka frekvence bioproudů, jimiž se po nervových drahách přenášejí informace. Stačí nepatrný rozdíl ve frekvencích bioproudů sluchového a zrakového centra, nebo pravé a levé mozkové hemisféry. Mozek pak není schopen plynulé reakce, ztrácí čas i energii koordinací signálů.“* (Informatorium, 2007, str. 22)

I malá zdržení, např. při identifikaci stranově obrácených tvarů, znamenají pro dítě nesmírnou komplikaci. Zdržení se totiž opakuje u několika písmen ve slově, u mnoha v jedné větě. V době, kdy má být pochopen smysl psaného textu, dítě ještě zápasí s pochopením tvaru a obsahu jednotlivých slov.

## **2. 3. 1 Výchovné přístupy k dětem s ADHD (LMD)**

### **Výchovný přístup v rodině**

Výchova je hlavní prevence vzniku hyperaktivity, i když jejímu vzniku nemůžeme vždy zabránit. U dítěte, jehož mozek byl poškozen porodním nebo jiným traumatem, nebo které trpí nějakou vrozenou anomálií stavby mozku či jeho funkcí, se může vyvinout hyperaktivní syndrom, výchova dítěte v rodině ale může zmírnit nebo zesílit projevy neklidu a jejich dosah v oblasti učení, vzdělávání a citového zrání.

Šebek ve své knize (1990, str. 73) dává důraz již na výchovu kojenců a prevenci. Říká, že je nutno formulovat zásady pro preventivní výchovu kojenců a batolat. Záleží především na matce, aby dokázala přijmout dítě takové, jaké je. Měla by dítěti poskytovat hodně tělesného kontaktu. Když se křikem hlásí o jídlo, měla by uspokojovat jeho potřebu a měla by se s ním mazlit. Obavy z rozmazlování kojence jsou celkem zbytečné. Dítě si musí prožít také určitá neuspokojení, aby vůči nim získávalo odolnost. Ve druhém roce života má dítě již své vlastní já, získává nezávislost na matce. Rodiče by měli umět přijmout jeho projevy vzdoru a negativismu, jimiž dítě chrání svoji nově nabytou nezávislost. Je třeba chválit dítě i za maličkosti, protože jen pozitivní výchova dokáže odvrátit prohlubování jeho potíží.

Největší problémy mají rodiče dětí s poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou s nástupem dítěte do základní školy. Dítě zde není úspěšné, ani nijak oblíbené v kolektivu. Rodiče se většinou uchylují k trestání svého potomka. Nevědí, jak se mají zachovat. Tak vzniká pro dítě začarovaný kruh. Nedochází k uspokojování jeho potřeb a vznikají nežádoucí sekundární projevy. Oba rodiče se musí dohodnout na stejných podmínkách a jasně vymezit dítěti pravidla. Vše by se mělo odehrávat v láskyplné atmosféře. Právě doma by se mělo dítě cítit v bezpečí, rodiče ho musí brát takové, jaké je, a projevovat mu svou lásku a podporu. Pro rodiče je situace také velmi těžká. Učitelka si na dítě stěžuje, dítě zapomíná, neplní si své úkoly, je nepozorné, často ruší a vykřikuje. Od ní se očekává profesionální přístup nejen k dítěti, ale i k jeho rodičům, kteří potřebují povzbudit a také motivovat k další práci se svým dítětem.

## **Výchovný přístup v mateřské škole**

Ve své dlouholeté praxi jsem získala mnoho poznatků a zkušeností, ze kterých čerpám při práci s těmito dětmi. S dětmi s ADHD se setkávám dnes dost často.

Nové děti nastupují do mateřské školy většinou v září. Už od počátku docházky dítěte je úkolem učitelek poznání jeho osobnosti a posouzení vývojové úrovně. Hledáme příčiny určitého stavu a zjišťujeme rozvoj v různých oblastech. Počátečním zdrojem informací jsou rozhovory s rodiči, kteří nám většinou přiblíží dosavadní vývoj dítěte, jeho zvyklosti, záliby, chování v domácím prostředí, řeknou, co dítě nemá rádo, nebo jaká prodělalo závažná onemocnění. U nově přichozích dětí sledujeme průběh adaptability, začlenění do kolektivu, účast ve spontánních činnostech, postupné osvojování nových návyků. Cenné informace získáváme pozorováním dítěte při hře. Posuzujeme, je-li tvořivé, vytrvalé a důsledné, jak se podřizuje pravidlům hry apod. Všimáme si, jak se dokáže soustředit, zda umí hodnotit své chyby, jak se přizpůsobuje okolí a také jak snáší svůj případný úspěch, ale i neúspěch. Nedostatky, které odhalíme, ukazují směr našeho dalšího působení.

Základem je vždy kladný citový vztah mezi dítětem a učitelkou. Cítí-li dítě, že je uznáváno, má-li pocit důvěry a pochopení, je určitě více ochotno spolupracovat a podřizovat se určitým pravidlům či příkazům.

Nutná je pochvala za sebemenší povedený úkol, která musí následovat ihned po provádění činnosti. Tím se upevňuje žádoucí chování dítěte a dítě samo chce zase dělat to, za co bylo pochváleno.

Tyto děti často nevydrží dlouho u jedné činnosti, proto je žádoucí, abychom je mohli stále sledovat a jejich činnost usměrňovat. Prakticky je nemožné nechat je bez dozoru, protože často a velmi rychle udělají něco chybného. Mohou v takové chvíli ublížit sobě nebo některému kamarádovi.

Dítě se musí v kolektivu naučit znát a respektovat určité hranice a vytyčená pravidla, která přispívají k pocitu bezpečí. Pokud ho káráme, musí vědět, že náš vztah k němu se nemění, pouze se nám nelíbí to, co provedlo. Tyto děti se často hrnou do všech činností bez rozmyslu. Chtějí všechno rychle a hned, ale vůbec nevnímají případné nebezpečí, ohrožení své nebo svého kamaráda, nemluvě o nevhodnosti svého chování.

Při výchově těchto dětí je důležitý optimismus a pevné nervy všech zúčastněných stran.

Ze svých zkušeností mohu říci, že nejvíce se mi osvědčila pochvala, důsledné dodržování srozumitelných pokynů, uznávání dětské osobnosti a správný vzor chování.

*„U dětí s hyperkinetickou poruchou je třeba odlišně strukturovat prostředí než u jejich vrstevníků. Poruchy pozornosti a aktivity jsou rizikovým faktorem pro ostatní psychiatrické a psychosomatické poruchy (např. opoziční chování, tiky a podobně).*

*Při nevhodném výchovném vedení navazují na příznaky primární (hyperkinetický syndrom) příznaky sekundární.“ (Šebek, 1990, s. 64)*

Pro srovnání jsou zde uvedeny názory tří autorů:

*„Výchovný proces u dětí s LMD je řízen obecně platnými výchovnými metodami (názornosti, soustavnosti, trvalosti, přiměřenosti, vědeckosti, atd.), ale i zásadami speciálními, mezi něž patří např. zásada komplexnosti, vývojovosti a individuálního přístupu. Při výchově dětí s LMD je třeba, vedle principů a zásad obecně platných, respektovat též požadavky, v nichž se odrážejí zvláštnosti osobnosti dítěte s LMD, jakožto objektu výchovného působení.“ (Černá, 1992, s. 34)*

Každému učiteli by mělo jít o dobrý pocit žáků, ale i rodičů ze školy. Učitelka by měla rodičům pomoci s výchovou dítěte a poradit nebo doporučit šetření dítěte v pedagogicko-psychologické poradně nebo speciálně pedagogickém centru. Rodič potřebuje povzbudit a ne poslouchat jen stížnosti na své dítě. Důležité je, aby rodiče spolupracovali na domluvených postupech a byli o svém dítěti informováni tak, aby tomu porozuměli a byla jim dána možnost nápravy do budoucna.

*„Základním předpokladem profesionálního vedení rozhovoru s rodičem je vědomí, v jak obtížné situaci se nachází ten, který má neúspěšné dítě. Každý rodič zná nepříjemný pocit, když někdo jeho dítě kritizuje a naopak. Je-li dlouhodobě neúspěšné, prožívají rodiče bezmoc, a narušuje se důvěra mezi dítětem a rodičem. Rodiče hledají vinu ve škole, nebo trestají dítě. Nakonec se kontaktu se školou vyhýbají. Je na pedagogovi, aby se snažil o vytvoření vztahu. Jen angažovaný rodič, může být dobrým spolupracovníkem při nápravě specifických poruch chování a učení.“ (Pokorná, 1997, s. 127)*

Třetí názor už upozorňuje na to, že ne vždy a každý učitel je schopen a ochoten se takzvaným zlobivým dítětem zabývat a přistupovat k němu adekvátně vzhledem k jeho diagnóze. Podle vlastních zkušeností vím, že je to velmi obtížné. Mám syna, kterému diagnostikovali ADHD a musím říci, že měl veliké štěstí na učitelku, která patřila k těm poučeným a byla ochotná s ním a s námi spolupracovat. A tak i díky ní měl ke školnímu prostředí kladný vztah.

*„Děti s LMD jsou v naprosté většině chlapci. Bývají postrachem vyučujícího a celého pedagogického sboru. Dítě i učitel prožívají neúspěch, ten v nich zvyšuje napětí. Učitel volá ke spolupráci rodiče, pedagogicko-psychologickou poradnu a výchovného poradce.“* (Šebek, 1990, s. 69)

Když rodiče naslouchají a chtějí se spolu s dítětem podílet na nápravě, mají k tomu dnes spoustu příležitostí. Podle svých zkušeností vím, že se mohou obrátit přímo na učitele nebo na poradenské zařízení. Je vhodné jim také doporučit literaturu.

### **2. 3. 2 Specifický logopedický nález**

Specifický logopedický nález je charakteristický pro děti s ADHD (LMD) a projevuje se v podobě artikulační neobratnosti a specifických asimilací. Do ukončení vývoje řeči, tj. asi do sedmi let věku, nelze mluvit o specifických poruchách výslovnosti. Poruchu lze diagnostikovat až po sedmém roce.

Péče o děti se specifickým logopedickým nálezem je zaměřena na rozvoj a procvičování sluchové analýzy a syntézy, cvičení fonematického sluchu, akustické a optické diferenciací, paměti, cvičení koncentrace pozornosti, rozvoj obsahové stránky řeči pomocí obrázků. Toto bývá oslabeno a také to spadá do obrazu specifických poruch učení.

*„Specifický logopedický nález – tento pojem zahrnuje artikulační neobratnost, specifické asimilace (asimilace sykavek a asimilace dvojic tvrdých a měkkých slabik – např. di – dy, ty – ti, ni – ny) a narušený jazykový cit. Specifický logopedický nález se vyskytuje vždy ve spojitosti s LMD jako jeden z příznaků, má prokazatelný vztah k obtížím ve sluchovém rozlišení hlásek a ve sluchové analýze a syntéze, a tedy i velmi úzký vztah k dyslexii a dysortografií.*

**Artikulační neobratnost** (verbální dyspraxie) – je odchylka řeči, kdy dítě umí správně tvořit jednotlivé hlásky i celá slova, ale selhává při realizaci složených a víceslabičných slov, artikulace je namáhavá, nápadně neobratná, někdy i těžko srozumitelná, jde o neschopnost složitější koordinace koartikulačních pohybů.

*Specifické asimilace (sykavek a polosykavek) – obtíže při artikulaci slov nebo slovních spojení, v nichž se střídají ostré a tupé sykavky (eventuálně polosykavky), přičemž artikulaci sykavek v běžných slovech zvládá. Může být buď progresivní (šustí/šustí, hodiny/hodiny) nebo regresivní (šustí/sustí, hodiny/hodiny).“* (Tomická, 2002, s. 7)

Tyto děti mají také oslabený jazykový cit. Jedná se o schopnost zvládat mluvnická pravidla bez jejich cíleného učení. Již v předškolním věku je většina dětí schopna mluvit gramaticky správně, na základě nápodoby, bez cíleného učení. Jazykový cit lze rozvíjet pouze řečí a ve školním věku i čtením. Má-li dítě v předškolním věku výrazné potíže v této složce, lze u něj pravděpodobně konstatovat, že se u něj mohou později projevit poruchy čtení a psaní.

## **2. 4 Specifické vývojové poruchy učení**

Obecně je známá definice, že je to neschopnost naučit se číst a psát běžnými výukovými prostředky, i když není postižen intelekt. Někdo z autorů uvádí název pro tyto poruchy dyslexie, zde například Dvořák (2007, s. 56) uvádí dyslexii jako smíšenou poruchu školních dovedností:

*„Nedostatky v českém jazyce (matematice) způsobené nedostačující výukou – dg. Z 55. 8. Jiné problémy spojené se vzděláváním a gramotností. Specifická porucha čtení, projevující se ztíženou schopností naučit se číst při běžném výukovém vedení, přiměřené inteligenci a sociokulturní příležitosti (někdy je pod tento pojem zahrnována i dysortografie, dysgrafie, anebo je dyslexie zahrnována mezi poruchy učení).“*

Zelinková (1994, str. 12) vymezuje specifické vývojové poruchy učení jako termín označující heterogenní skupinu obtíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nervové soustavy. Podle názvu lze předpokládat, že specifické poruchy učení postihují pouze oblast školských dovedností. Není tomu tak. Neúspěchy ve výuce, pocity méněcennosti a celý řetěz dalších obtíží, které poruchy provázejí, jsou mnohdy ve svých důsledcích horší než porucha sama.

Literatura uvádí různé příčiny vzniku a vždy záleží na teorii a hledisko, z kterého vychází.

Zelinková (1994, str. 16) uvádí příčiny z hlediska jevové stránky takto:

- Poruchy vnímání.
- Poruchy řeči.
- Poruchy motoriky.
- Nedostatečná lateralizace funkcí.

Dále také z hlediska neuroanatomie a neurofyzologie:

- Poruchy ve stavbě a funkci určitých oblastí mozku.
- Nedostatečná funkce analyzátorů.

A na závěr z hlediska psychiatrie:

- Narušená komunikace mezi dítětem a okolním světem.

Příčin pro vznik specifických poruch učení uvádí literatura hned několik. Je velmi obtížné je stanovit přesně a musí se brát na zřetel mnoho dalších okolností. Je nutné se opírat o anamnézy, rozhovory a pozorování, aby bylo možné stanovit příčinu poruchy co nejlépe.

- Dědičnost – je jednou z mnoha,
- LMD – byla pojednána výše,
- poruchy ve stavbě a funkci určitých oblastí mozku,
- poruchy vnímání – zrakové, sluchové, prostoru a času,
- poruchy řeči a poruchy komunikace, nejedná se pouze o řeč, ale o vyjadřování pomocí výtvarných a hudebních technik,
- porucha motoriky, nerovnoměrně rozvinutá lateralizace,
- nerovnoměrné zrání určitých center v mozku.

Příčiny definuje Dvořák (2007, str. 57):

*„Často je příčinou nerovnoměrné zrání jednotlivých mozkových struktur geneticky podmíněné, nebo poškození mozkové tkáně (LMD), ale i centrální deprivace, nebo jejich kombinace, čímž je ztížena nebo porušena interhemisferální spolupráce.“*

Předpona dys znamená špatná funkce, ne úplně vyvinutá, nedokonalá.

Mezi specifické poruchy učení se obvykle řadí:

### **Dyslexie – specifická porucha čtení**

Neschopnost naučit se číst běžnými výukovými prostředky, přičemž intelekt je neporušen. Někdy se pod pojem dyslexie schovají všechny specifické poruchy učení. Například Lechta (2003, str. 299) uvádí definici Ortonovy dyslektické společnosti v USA. Ta definuje dyslexii jako neurologicky podmíněnou poruchu vycházející z rodinných dispozic, které znesnadňují získávání a zpracování jazykových informací. Vyskytuje se v různých silných formách a projevuje se obtížemi v jazykové percepci a při vyjadřování, zahrnuje fonologické zpracování, čtení, psaní, pravopis a někdy i aritmetiku. Dyslexie se může vyskytovat spolu s jinými omezujícími faktory, jako je nedostatek motivace, smyslové postižení, či nedostatek odborného vedení nebo podnětů z okolí, avšak není důsledkem těchto faktorů. Ačkoli je dyslexie celoživotní handicap, včasný a správný zásah přináší u jedinců trpících dyslexií dobré výsledky.

### **Dysgrafie – specifická porucha psaní**

*„Dítě netrpí žádnou smyslovou ani pohybovou vadou, avšak nemůže se naučit napodobit tvary písmen a číslic, nepamatuje si je, zrcadlově je obrací, zaměňuje jedno za druhé. Z hlediska neurologického jde o grafomotorickou dyspraxii.“ (Lechta, 2003, str. 300)*

Dítě se nemůže naučit správně psát písmena, zaměňuje jejich tvary.

### **Dysortografie – specifická porucha pravopisu**

Děti si nejsou schopny osvojit pravidla českého pravopisu a používat je. Mívají obtíže ve sluchovém rozlišování a ve sluchové analýze. Lechta (2003, str. 300) popisuje, s jakými problémy se dítě musí vypořádat, když se přidává i porucha aktivity. Dítě s LMD s hypoaktivní formou velmi zdlouhavě píše, ale i velmi zdlouhavě hledá v paměti správné gramatické tvary. Při běžném tempu ve třídě se tak dostává neustále do časové tísně a dělá mnoho chyb. U typů hyperaktivních naopak vlastní akt psaní a mentální procesy smyslové analýzy a syntézy probíhají příliš rychle, bez kontroly a zpětné vazby, takže opět se objevuje mnoho pravopisných chyb, které vypadají na první pohled často zcela nesmyslně.

### **Dyskalkulie – specifická porucha matematických schopností**

Dítě zaměňuje čísla a matematické symboly, jako jsou plus a mínus, děleno a krát a podobně.

### **Jak lze předcházet vzniku specifických poruch učení**

Rozvojem dítěte předškolního věku se zaměřením na ty oblasti, ve kterých děti s ADHD prokazují zvláštnosti, mezi ně se řadí percepce, paměť, myšlení a řeč. Dále mívají problémy s udržením pozornosti a v motorické oblasti, jak v jemné, tak v hrubé motorice.

**1. Percepce** – do skupiny patří: poruchy zrakového vnímání, poruchy sluchového vnímání, porucha prostorové orientace.

#### **Zrakové vnímání:**

- děti skládají různé obrázky z dílků,
- hledají rozdíly mezi stejnými obrázky,
- určují, které obrázky jsou nesmyslné,
- zraková paměť – pexeso, Kimova hra, zapamatovat si alespoň 5 obrázků,
- hledání cest v labyrintech.



### ***Sluchové vnímání:***

- analýza a syntéza slov,
- opakování jednoduché věty,
- opakování básniček,
- postupné rozšiřování věty (pamatovat 5 pojmů),
- určování hlásky na začátku a na konci slova,
- hry: Na co jsem uhodila?, Kde je budík? a podobně,
- rozlišování zvuků: PC - Chytré dítě – zvukové pexeso a podobně.

### ***Prostorové vnímání:***

- práce s obrázkem – používání předložek nad, pod, v, na, za, atd.,
- kdo je první, poslední, vprostřed, vedle,
- pravolevá orientace.

## **2. Motorika – poruchy hrubé motoriky, jemné motoriky a grafomotoriky.**

### ***Hrubá motorika:***

- chůze s obměnami, využití míčků, stuh, drátěnek, volantů,
- chůze po schodech, střídání nohou,
- cvičení s dětmi,
- pohybové hry s rytmiizací a se zpěvem.

### ***Jemná motorika:***

- vytrhávání papíru,
- stříhání,
- lepení,
- modelování,
- pohyby prstů - nůžky, ťukání prsty o palec s říkadlem, vyťukávání rytmu na desku stolu,
- navlékání korálek, skládání papíru a jiné.

### ***Grafomotorika: (motorika kreslení a čarání)***

- nejprve obtahují předkreslený tvar na papír na stole,
- obtahují předkreslený tvar na tabuli ve stoje,
- pracovní listy (to je pro dítě nejtěžší),

**3. Řeč** – nesprávná výslovnost, neporozumění (řeči) pokynům, agramatismy v řeči, špatné hospodaření s dechem, chybí jazykový cit. Těmto dětem je věnována logopedická péče, která je individuální, ale obecně se zaměřuje na rozvoj:

- fonemického sluchu,
- motoriky mluvidel – jazyka a rtů,
- rytmizace,
- pasivní a aktivní slovní zásoby,
- percepčního vnímání,
- paměti,
- správného dýchání,
- popisu obrázků a citových prožitků,
- poslechu pohádek,
- koncentrace pozornosti.

### **3 PRAKTICKÁ ČÁST**

Praktická část je rozdělena do dvou výzkumných vzorků po patnácti dětech. U prvního vzorku dětí je pro stanovení předpokladů č. 1. až 3. použit dotazník, který vyplnily učitelky mateřské školy a orientační logopedické vyšetření, které bylo s dětmi provedeno po rozhovoru s rodičem. U druhého vzorku byla zvolena metoda studia spisové dokumentace, kterou jsem získala v pedagogicko-psychologické poradně, ve speciálně pedagogickém centru a v mateřské škole. Tyto děti měly stanoveny diagnózy.

#### **3. 1 Cíl praktické části**

Cílem bakalářské práce je mapovat souvislosti mezi narušenou komunikační schopností, ADHD a rizikem vzniku specifických poruch učení. Teoreticky a prakticky zmapovat oblasti, ve kterých mají děti či žáci největší problémy, popsat vhodné nápravné techniky a předejít tak školní neúspěšnosti.

Prostřednictvím dotazníků u prvního vzorku zjistit, zda vytipované děti mají diagnózu LMD, nebo jen vykazují některé znaky této diagnózy. U těchto dětí provést orientační logopedické vyšetření, to pak vyhodnotit a podle toho zmapovat souvislost mezi LMD a narušenou komunikační schopností. Navrhnout opatření vedoucí k nápravě a předcházet tím vzniku specifických poruch učení.

U druhého vzorku bylo pracováno metodou spisové dokumentace s anamnestickými údaji dětí s diagnózou LMD a vývojová dysfázie šetřených ve školském poradenském zařízení. Na základě toho byla stanovena rizika vzniku poruch učení.

Na konci jsou navrhovaná opatření k dané problematice pro učitelky mateřských škol a pro rodiče dětí z prvního zkoumaného vzorku.

##### **3. 1. 1 Stanovení předpokladů**

1. Lze předpokládat, že 70 % dětí s ADHD bude mít narušenou komunikační schopnost alespoň v jedné z rovin českého jazyka.
2. Lze předpokládat, že u dětí s ADHD bude ve 100 % specifický logopedický náález a na jeho podkladě budou zjištěny dispozice pro vznik specifických poruch učení.
3. Lze předpokládat, že děti s ADHD budou v 50 % v riziku vzniku specifických poruch učení.

Tyto tři předpoklady se vztahují k první skupině zkoumaných dětí. Následující čtvrtý předpoklad je určen pro druhý zkoumaný vzorek.

4. Lze předpokládat, že u dětí s vývojovou dysfázií budou zmapovány oslabené funkce, které se podílejí ve školním věku na riziku vzniku specifických poruch učení.

### **3. 2 Použité metody**

#### **Dotazník**

*„Jde o metodu sloužící k hromadnému zjišťování jevů (osobnostních vlastností – temperamentových nebo charakterových), postojů, názorů a zájmů. Přednosti dotazníků spočívají především v tom, že jsou časově méně náročné a lze jimi získat hodně údajů v poměrně krátkém časovém úseku od více osob současně. K negativním stránkám dotazníkových metod patří hlavně nedostatek, omezení osobního kontaktu a jejich závislost na schopnosti introspekce u vyšetřované osoby a ochotě pravdivě vypovídat.“* (Švingalová, 2005, str. 35)

Tento dotazník se zabývá třemi oblastmi projevů ADHD, obsahuje celkem 22 otázek, které jsou typické pro syndrom ADHD a odpovědi jsou uzavřené – ano, ne.

Cílem dotazníku bylo zmapovat typické projevy poruchy pozornosti s hyperaktivitou, aby u takto zjištěných dětí mohlo být provedeno orientační logopedické vyšetření a nastavena nápravná opatření, která budou předcházet vzniku specifických poruch učení. Dotazník byl rozdán dvaceti učitelkám mateřských škol.

#### **Orientační logopedické vyšetření (Tomická, 2005)**

Skládá se z následujících zkoušek:

- Anamnéza – osobní a rodinná.
- Orientační vyšetření zvuku.
- Orientační vyšetření mluvidel.
- Orientační zkoušky dýchání.
- Orientační vyšetření motoriky mluvidel.
- Orientační zkoušky artikulační obratnosti
- Orientační vyšetření fonematického sluchu.
- Orientační vyšetření výslovnosti.
- Orientační vyšetření slovní zásoby.
- Orientační vyšetření řečového projevu.
- Orientační zkoušky verbální sluchové paměti.

- Orientační zkoušky zrakové percepce.
- Orientační zkoušky laterality.

Cílem této metody je zjistit případné nedostatky v jednotlivých rovinách českého jazyka a začít s nápravou právě v tom stupni vývoje, ve kterém se dítě nachází. Postupně odstraňovat nedostatky či jim případně předcházet. Provádí se postupně, aby dítě příliš nezatěžovalo, popisuje se průběh každé zkoušky a její závěr. Na závěr se vypracuje logopedický plán pro každé dítě.

Kucharská (2007, str. 98) poukazuje na to, které oblasti lze v jednotlivých zkouškách orientačního logopedického vyšetření sledovat např. oslabení v motorice mluvidel, ve sluchovém rozlišování, zrakové percepci, verbální paměti, lateralitě a mapuje stav vývoje řeči (nejen ve výslovnosti jednotlivých hlásek) s promítnutím do jazykových rovin. Cílem je pomoci logopedům při diagnostice dyslalie a také jim pomoci ke komplexnímu přístupu v diagnostice narušené komunikační schopnosti a k určení dalšího směru spolupráce logopeda s dalšími odborníky.

### **Studium anamnestických dat**

*„Jde o metodu, která je nedílnou součástí jiných metod, zejména anamnézy. Pomocí ní lze získat obvykle údaje (tzv. tvrdá data), která mívají vysokou míru objektivitu. K tvrdým datům patří např. datum narození, třída, porodní míry, lékařské závěry apod. Jedná se o data, která jsou poměrně snadno ověřitelná a vyznačují se obvykle vysokou mírou objektivitu.“* (Švingalová, 2004, str. 20)

Anamnestická data jsem získala ve školských poradenských zařízeních. V pedagogicko-psychologické poradně, speciálním pedagogickém centru a v logopedické třídě mateřské školy.

K dispozici byla osobní a rodinná anamnéza. Výsledky šetření lékařů, speciálních pedagogů a stanovení diagnózy vývojová dysfázie a ADHD. Také byly k dispozici IVP pro tyto děti, ze kterých bylo patrné, jaké oblasti mají tyto děti nejvíce oslabeny, obsahovaly navrhovaná opatření a konkrétní kroky k nápravě pro učitelky mateřských škol.

### **3. 3 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu**

Průzkum probíhal v posledním čtvrtletí roku 2009. Zkoumaný vzorek byl rozdělen do dvou skupin, každá obsahovala patnáct dětí.

V první skupině byly osloveny učitelky všech mateřských škol pohraničního města, byl jim předán dotazník, který obsahoval dvacet dva uzavřených otázek, na které se odpovídalo ano nebo ne. Učitelky si vybraly problémové děti dle vlastního uvážení. Rozdáno bylo dvacet dotazníků, z toho se jich vrátilo patnáct. Zbylých pět učitelek odmítlo vyplnit, z důvodů časové tísně nebo nezájmu z jejich strany.

Ostatní učitelky byly ochotné se mnou spolupracovat a domluvily mi s rodiči schůzku, při které byla provedena anamnéza osobní a rodinná a po další domluvě s rodiči, bylo s těmito patnácti dětmi prováděno orientační logopedické vyšetření. To bylo časově dosti náročné. V průběhu orientačního logopedického vyšetření (viz příloha č. 2) byl brán zřetel na věk a schopnosti dítěte a dbáno na to, aby dítě nebylo přetěžováno. Všechny zkoušky nebylo možno provést najednou.

Do druhé skupiny zkoumaného vzorku spadá patnáct dětí, které mají diagnostikovanou vývojovou dysfázii a LMD. Byla získána anamnestická data z PPP, SPC a logopedické třídy mateřské školy. V anamnézách jsem se seznámila s některými pohnutými osudy těchto dětí hned na počátku jejich života. Z literatury je zřejmý vztah mezi LMD a vývojovou dysfázií, tím i rizikem vzniku specifických poruch učení. V IVP dětí jsou obsažena opatření na nápravu. Tento průzkum nebyl tak náročný na čas, ale musela jsem důsledně hledat v diagnózách.

### **3. 4 Výsledky a jejich interpretace**

Patnáct dětí spadá do prvního výzkumného vzorku a bylo šetřeno pomocí dotazníků, které byly rozdány učitelkám mateřských škol. Bylo zjišťováno, zda mají diagnózu ADHD.

U těchto dětí bylo provedeno orientační logopedické vyšetření. Tím se prokázalo, jaké oblasti mají nejvíce oslabené, ve které jazykové rovině mají problémy a zda jsou ohrožené ve vzniku specifických poruch učení.

Druhý vzorek čítá také patnáct dětí, které mají diagnostikovanou vývojovou dysfázii a ADHD již z poraden a speciálně pedagogických center. Studium spisové dokumentace bylo zjišťováno, které dílčí schopnosti mají děti oslabené a zda to může mít vliv na vznik specifických poruch učení v pozdějším věku.

### Výzkumný vzorek č. 1

Do vzorku spadá patnáct dětí.

Učitelky sedmi mateřských škol byly požádány o vyplnění dotazníků a zaměřily se na problémové děti. Po dohodě s učitelkami mi bylo umožněno provést orientační logopedické vyšetření právě s dětmi, které budou šetřeny v dotazníku v jejich mateřské škole po dohodě s rodiči dětí. Vzorek činil 15 dětí. V jedné mateřské škole byly šetřeny 3 děti, v ostatních šesti mateřských školách bylo vyšetření provedeno vždy se 2 dětmi.

### 3. 4. 1 Dotazník pro učitelky mateřských škol (příloha č. 1)

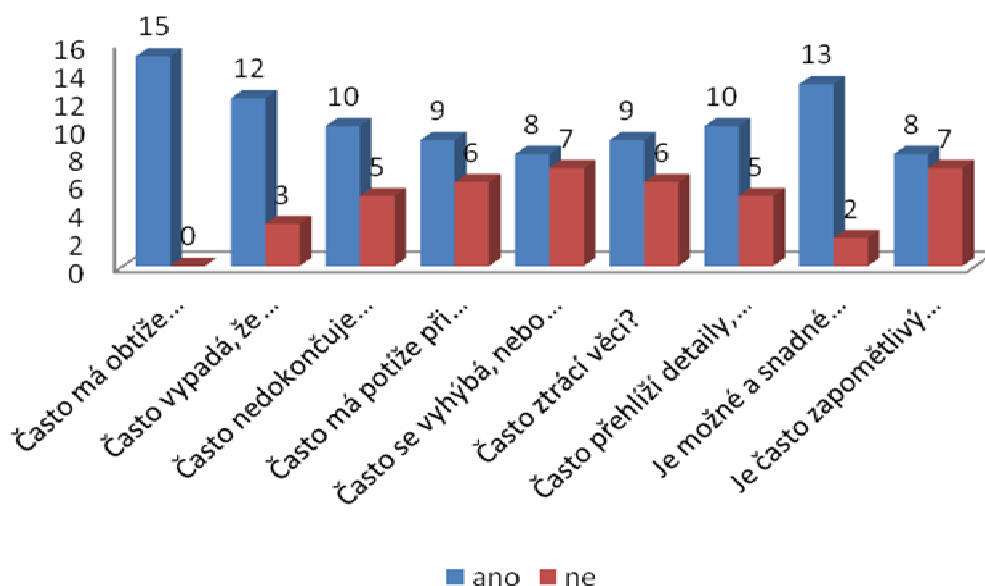
Dotazník ADHD byl složen z dvaceti 22 uzavřených otázek, rozdán učitelkám mateřských škol. Opovědi čítaly ano nebo ne. Bylo osloveno 20 učitelek a vrátilo se patnáct dotazníků. Návratnost dotazníků byla tedy 75 %. Vyhodnocení je rozděleno do tří částí. Dle literatury (Matějček, 2000) **poruchou pozornosti** s velkou pravděpodobností trpí jedinec, který v oddíle A nasbíral více než 6 bodů a zároveň má v oddíle C projevy příznaků. **Hyperaktivní poruchu** s velkou pravděpodobností bude mít jedinec, který v oddíle B nasbíral 6 a více známek a zároveň trpí projevy příznaků v oddíle C. **Kombinovanou poruchou pozornosti a hyperaktivitou** trpí s velkou pravděpodobností jedinec, který dosahuje v oddílech A i v oddíle B více než 6 bodů. Oddíl C ukazuje na validitu dotazníku.

**Tabulka č. 1,** oddíl A se zaměřuje na pozornost dětí (15 dětí)

číslo	Otázky pro zjištění poruchy pozornosti	ano	ne
1	Často má obtíže s udržením pozornosti při plnění úkolů a při hrách?	15	0
2	Často vypadá, že neposlouchá, když se k němu mluví?	12	3
3	Často nedokončuje úkoly (ve škole, doma)?	10	5
4	Často má potíže při organizaci úkolů aktivit?	9	6
5	Často se vyhýbá, nebo nemá rád úkoly, které vyžadují mentální úsilí?	8	7
6	Často ztrácí věci?	9	6
7	Často přehlíží detaily, nebo dělá chyby z nepozornosti v mnoha aktivitách?	10	5
8	Je možné a snadné rozptýlit jeho pozornost věcmi, které nesouvisí s prací?	13	2
9	Je často zapomnětlivý při denních aktivitách?	8	7

Učitelky v dotazníku udávají, že všechny děti mají problémy s udržením pozornosti při hrách a při plnění úkolů. Nejméně problémů dětem dělá zapomnětlivost při denních aktivitách.

**Graf č. 1, hodnocení pozornosti** (viz. tabulka č. 1)



Vyhodnocení dotazníku oddílu A položky 1 – 9:

- 6 a více bodů – typ **ADHD, nepozorný, tomu odpovídá 11 dětí** ze zkoumaného vzorku,
- Méně než 6 bodů – rysy ADHD (není to porucha ADHD), tomu odpovídají **4 děti** ze zkoumaného vzorku.

Z toho vyplývá, že 11 dětí ze zkoumaného vzorku má problémy s udržením pozornosti a 4 děti mívají problém s udržením pozornosti méně často. Při vykazování potíží v této oblasti se pravděpodobně bude jednat o podezření na syndrom ADHD.

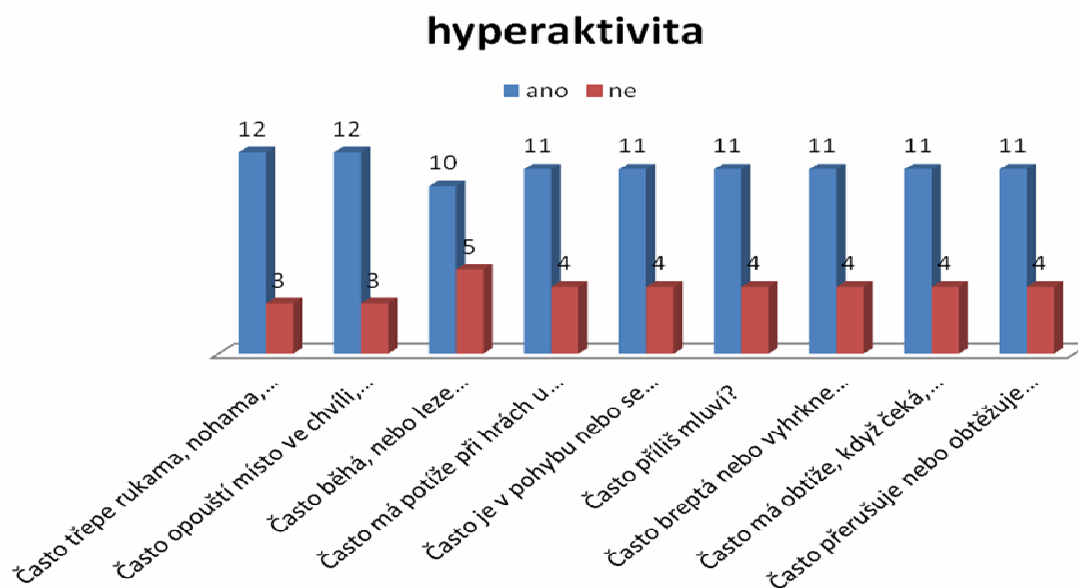


**Tabulka č. 2,** oddíl B se zaměřuje na aktivitu dětí (15 dětí)

číslo	Otázky pro zjištění poruchy hyperaktivity	ano	ne
10	Často třepe rukama, nohama, vrtí se na židli?	12	3
11	Často opouští místo ve chvíli, kdy by měl sedět?	12	3
12	Často běhá nebo leze v situacích, kdy to není vhodné?	10	5
13	Často má potíže při hrách u klidných aktivit?	11	4
14	Často je v pohybu nebo se chová, jako by byl poháněn motorem	11	4
15	Často příliš mluví?	11	4
16	Často breptá nebo vyhrkne odpověď, než je dopovězena otázka?	11	4
17	Často má obtíže, když čeká, než na něj přijde řada?	11	4
18	Často přerušuje nebo obtěžuje ostatní?	11	4

V tabulce vidíme, že největší problém pro děti je sedět v klidu a nevtřet se na židli. Nejméně je pro ně obtížné běhat nebo lézt, když to není vhodné.

**Graf č. 2, hodnocení hyperaktivity** (viz. tabulka č. 2)



Vyhodnocení dotazníku oddílu B položky 10 – 18:

- 6 a více bodů – **hyperaktivně – impulzivní, tomu odpovídá 11 dětí,**
- méně než 6 bodů – není hyperaktivní, tomu odpovídají 4 děti.

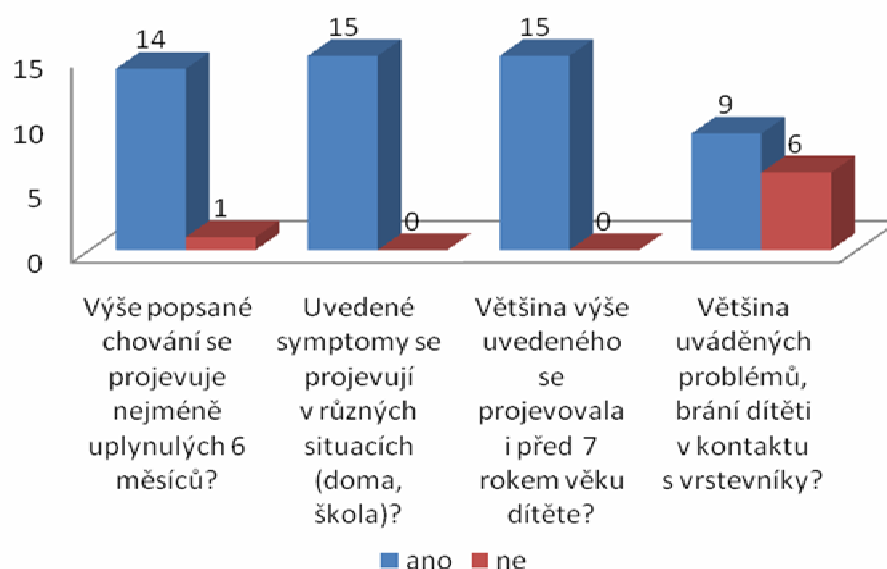
Jedenáct dětí ve vzorku má problémy s aktivitou, jsou hyperaktivní, může se jednat o podezření hyperkinetické poruchy a čtyři děti nemají problémy s aktivitou, jsou bez obtíží.

**Tabulka č. 3,** oddíl C je zaměřen na výskyt projevů a diagnózu ADHD (15 dětí)

číslo	Otázky na zjištění výskytu projevů poruchy ADHD	ano	ne
19	Výše popsané chování se projevuje nejméně za uplynulých 6 měsíců?	14	1
20	Uvedené symptomy se projevují v různých situacích (doma, škola)?	15	0
21	Většina výše uvedeného se projevovala i před 7 rokem věku dítěte?	15	0
22	Většina uváděných problémů brání dítěti v kontaktu s vrstevníky?	9	6

Učitelky uvádějí, že všechny děti mají symptomy doma i v mateřské škole.

**Graf č. 3, hodnocení příznaků projevů ADHD** (viz. tabulka č. 3)

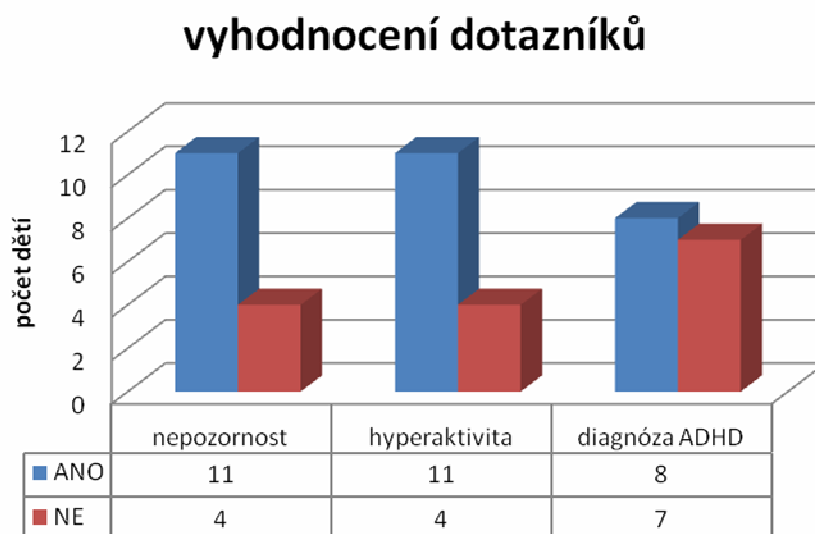


Vyhodnocení dotazníku oddílu C položky 19 – 22:

- 4 body validní (diagnóza ADHD) – 8 dětí
- 3 body nevalidní – 7 dětí.

Z toho vyplývá, že u 8 dětí je předpoklad pro diagnózu ADHD.

**Graf č. 4, celkové vyhodnocení všech oddílů dotazníků**



Z dotazníkové metody, jak nám ukazuje graf č. 4, se můžeme domnívat, že u 8 dětí lze předpokládat diagnózu ADHD. U 3 dětí bylo konstatováno, že mají obtíže s udržením pozornosti a s hyperaktivitou, ale pouze v některých situacích, 4 děti jsou bez obtíží.

U všech 15 dětí bylo provedeno orientační logopedické vyšetření. Byla domluvena schůzka s rodičem a s jeho svolením, bylo dítě šetřeno. Ještě před tím byla s rodičem pomocí rozhovoru provedena osobní a rodinná anamnéza.

### **3. 4. 2 Orientační logopedické vyšetření (příloha č. 2 OLV)**

V průzkumu bylo 14 chlapců a 1 dívka, jedná se o první zkoumaný vzorek dětí.

Údaje jsem získávala od rodičů dětí, otázky jsem měla předem připravené.

**Tabulka č. 4, osobní anamnéza**

Oblast	Rizikové těhotenství	Porod císař. řez	Porod protražovaný	Kojeno	Nekojeno	Dudlík přes rok	Neobratné
Počet dětí	5	2	5	9	6	6	9

#### **Orientační sluchová zkouška**

Všechny děti mají sluch v normě.

#### **Orientační vyšetření mluvidel**

U šesti dětí probíhá výměna dentice a chybí zuby. Jinak vše v normě.

**Tabulka č. 5, orientační zkouška dýchání**

Oblast	Nesprávná dechová ekonomie	Správná dechová ekonomie
Počet dětí	13	2

**Tabulka č. 6, orientační zkouška motoriky mluvidel**

Oblast	Oslabená motorika jazyka	Oslabená motorika rtů	Bez potíží
Počet dětí	7	2	6

Možnou příčinou může být to, že šest dětí nebylo vůbec kojeno a všechny měly dudlík déle než rok.

**Tabulka č. 7, orientační zkouška fonemického sluchu**

Oblast	Neurčí první hlásku ve slově	Nerozliší SCZ, ŠČŽ	Obtíže v měkčení	Bez obtíží
Počet dětí	10	10	3	2

Lze tedy předpokládat, že akustická centra nejsou připravená na výuku čtení a psaní.

**Tabulka č. 8, orientační vyšetření výslovnosti**

Hlásky	TDN	S	C	Z	Š	Č	Ž	L	R	Ř	K	G	CH
Počet dětí	1	7	5	4	7	6	7	7	9	10	4	2	1

Všechny šetřené děti nesprávně nebo vadně vyslovují.

**Tabulka č. 9, orientační zkouška slovní zásoby**

Slovní zásoba	Aktivní slovní zásoba neodpovídá věku	Pasivní a aktivní v normě
Počet dětí	9	6

**Tabulka č. 10, orientační zkouška řečového projevu**

Oblasti	Popis obrázku nezvládá	Oslabený jazykový cit	Jazykový cit v normě
Počet dětí	8	10	5

**Tabulka č. 11, orientační zkouška verbální sluchové paměti**

Oblasti	Oslabená verbální sluchová paměť	Verbální sluchová paměť v normě
Počet dětí	7	8

Z čehož lze usuzovat, že mohou mít v první třídě problémy se zapamatováním více slovných vět při psaní diktátu.

**Tabulka č. 12, orientační zkouška zrakové percepce**

Oblasti	Zraková percepce oslabena	Zraková percepce bez obtíží
Počet dětí	6	9

**Tabulka č. 13, orientační zkouška laterality**

Lateralita	Praváctví	Leváctví	Nevyhraněná
Počet dětí	10	3	2

**Tabulka č. 14, výsledky orientačního logopedického vyšetření u dětí s ADHD**

Z osmi dětí, které mají diagnózu ADHD jich selhává v dechové ekonomii 8, v motorice mluvidel 7, fonemický sluch postrádá všech 8, jazykový cit také všech 8 dětí, verbální sluchovou paměť má oslabenu 6 dětí a zrakovou percepci 5 dětí. Z toho vyplývá, že děti mají oslabeny dílčí funkce důležité pro učení.

Zkouška	1.dítě	2.dítě	3.dítě	4.dítě	5.dítě	6.dítě	7.dítě	8.dítě
Sluchu	0	0	0	0	0	0	0	0
Mluvidel	0	0	0	0	0	0	0	0
Dýchání	X	X	X	X	X	X	X	X
Motorika mluvidel	X	X	X	X	X	0	X	X
Fonemický sluch	X	X	X	X	X	X	X	X
Výslovnost	X	X	X	X	X	X	X	X
Slovní zásoba	X	X	X	X	X	0	X	X
Řečové projevy	X	X	X	X	X	X	X	X
Verb.sluch.paměť	X	X	X	X	0	0	X	X
Zraková percepce	X	X	X	0	X	X	0	0

0: neoslabeno

X: oslabeno

**Tabulka č. 15, výsledky orientačního logopedického vyšetření u dětí, které nemají ADHD**

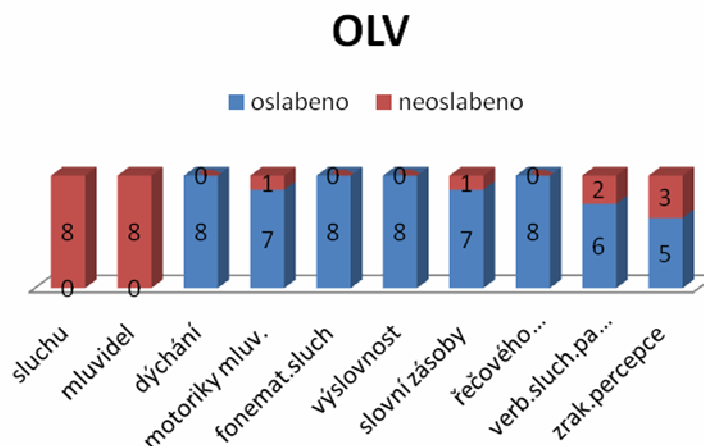
Když tabulku porovnáme s předešlou tabulkou, na první pohled je zřejmé, že děti s diagnózou ADHD mají oslabení ve více zkouškách, naproti tomu děti, kterým diagnóza, nevyšla, dosahují lepších výsledků ve zkouškách OLV. Všechny děti selhávají ve výslovnosti, neumí správně vyslovovat. Jedná se o dyslalie.

Zkouška	9.dítě	10.dítě	11.dítě	12.dítě	13.dítě	14.dítě	15.dítě
Sluchu	0	0	0	0	0	0	0
Mluvidel	0	0	0	0	0	0	0
Dýchání	X	0	0	X	X	X	0
Motorik.mluvidel	0	X	0	0	X	0	0
Fonem.sluch	X	X	X	X	X	0	0
Výslovnost	X	X	X	X	X	X	X
Slovní zásoba	0	0	0	0	X	X	0
Řeč.projevy	X	X	0	0	0	0	0
Verb.sluch.paměť	0	0	X	0	0	0	0
Zrak.percepce	X	0	0	0	0	0	0

0: neoslabeno

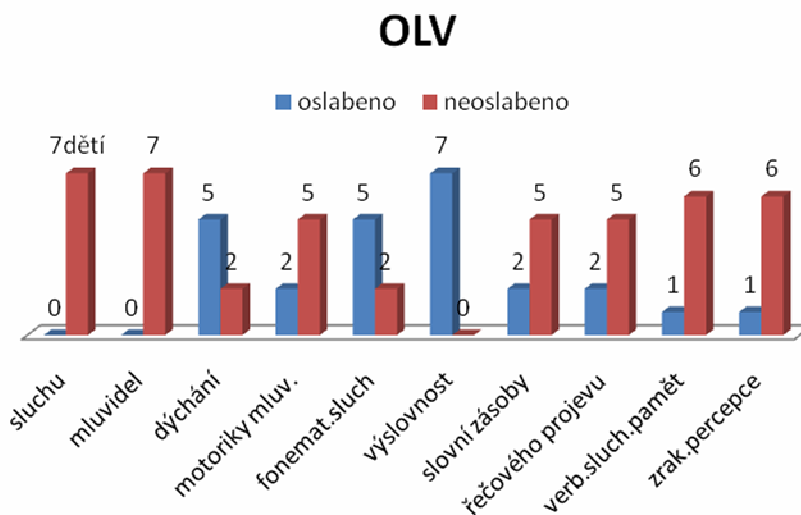
X: oslabeno

**Graf č. 5, OLV dětí s diagnózou ADHD** (viz. výše tabulka č. 14)



Zde je jasně vidět, že převažuje modrá barva, což znamená, že děti s ADHD mají oslabení ve většině zkoušek OLV.

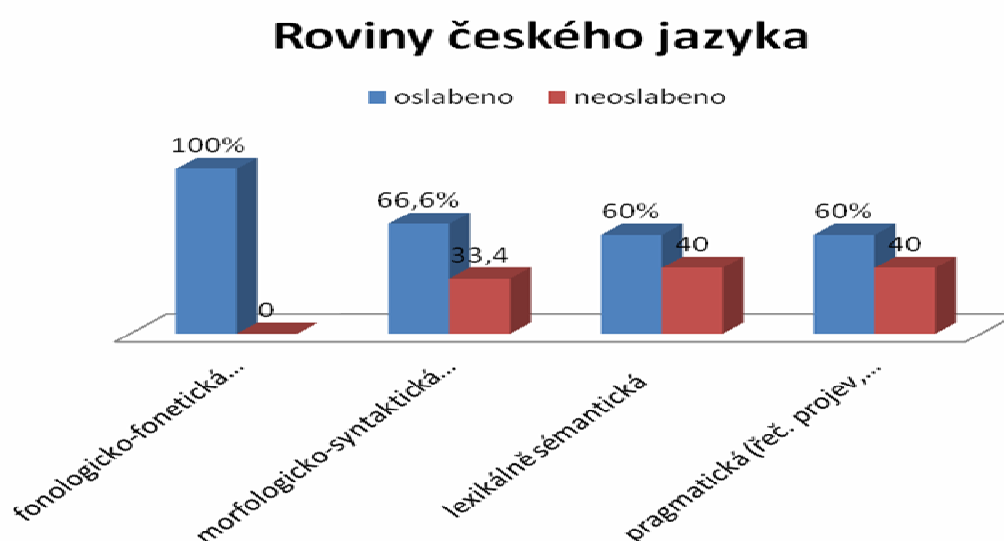
**Graf č. 6, OLV dětí , které nemají ADHD** (viz. výše tabulka č. 15)



V grafu č. 6 se ukazuje v porovnání s grafem č. 5, že děti z této skupiny nebudou mít tolik oslabení. Obě dvě skupiny dosahují 100 % oslabení ve výslovnosti.

**Potvrzení předpokladu č. 1:** zaměříme se na dílčí funkce, které se odrážejí v jednotlivých rovinách českého jazyka. Zjišťovalo se pomocí OLV (orientační logopedické vyšetření). Úroveň foneticko-fonologické roviny se zjišťovala vyšetřením výslovnosti (viz. tabulka č. 8, str. 45). Selhávání v morfologicko-syntaktické, lexikálně sémantické a pragmatické rovině bylo šetřeno ve zkoušce řečového projevu (viz. tabulka č. 10, str. 46). Byla použita metoda vyprávění dle obrázku, popisu obrázku, zkouška jazykového citu a vyprávění. Oslabení v rovinách českého jazyka lze zkoumat i ve zkoušce slovní zásoby a fonemického sluchu (viz. tabulka č. 7, str. 45).

**Graf č. 7,** NKS v rovinách českého jazyka



Ve foneticko-fonologické rovině má narušenou komunikační schopnost 100 % dětí, v morfologicko-syntaktické se jedná o 66,6 % dětí, v lexikálně sémantické rovině selhává 60 % dětí a v pragmatické rovině se ukázalo také 60 %.

Pomocí orientačního logopedického vyšetření bylo zjištěno, v jaké rovině českého jazyka mají děti oslabení. Výsledky vyšly takto:

- 100 % (15) dětí má NKS v rovině foneticko-fonologické,
- 66,6 % (10) dětí má NKS v rovině morfologicko-syntaktické,
- 60 % (9) dětí má NKS v rovině lexikálně-sémantické,
- 60 % (9) dětí má NKS v rovině pragmatické.

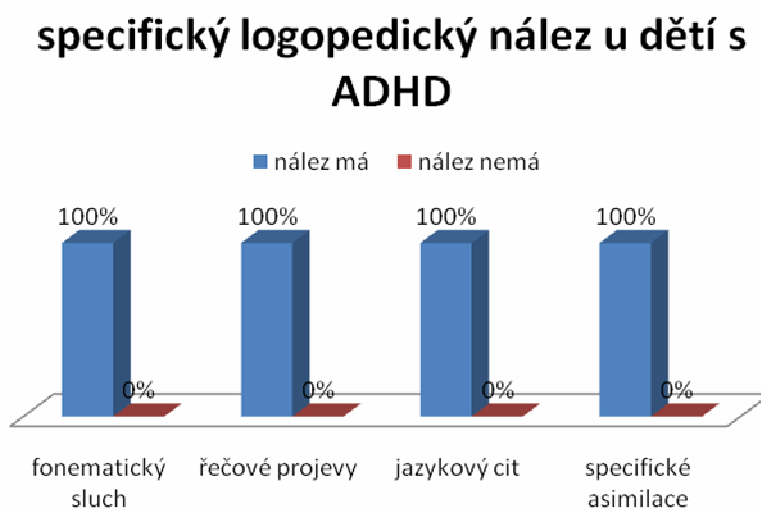
**Tímto se potvrdil předpoklad č. 1, že 70 % dětí s ADHD bude mít narušenou komunikační schopnost alespoň v jedné z rovin českého jazyka.** Což se ukazuje na grafu již ve foneticko-fonologické rovině, kde je narušená komunikační schopnost u 100 % dětí. V ostatních rovinách českého jazyka je to méně než 70 %.



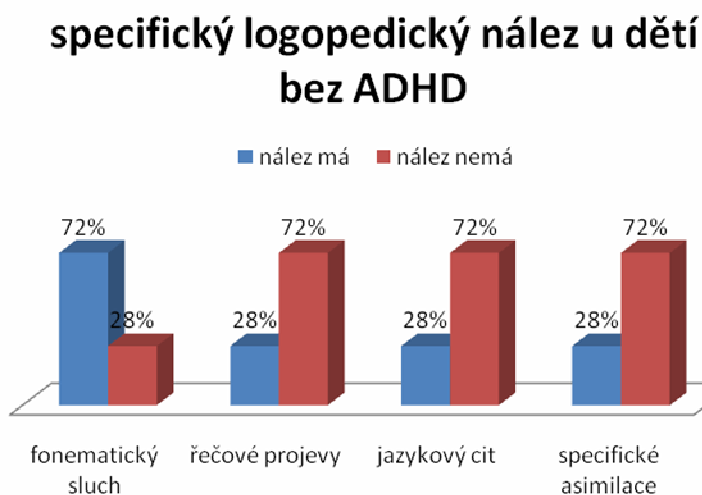
### Potvrzení předpokladu č. 2

Z osmi dětí, u kterých je předpoklad pro diagnózu ADHD, má všech 8 dětí specifický logopedický nález. To se prokázalo při orientační zkoušce fonemického sluchu, kde byly zjišťovány specifické asimilace (viz. tabulka č. 7, str. 45), při zkoušce řečového projevu, která se zaměřuje na jazykový cit dítěte (viz. tabulka č. 10, str. 46). Tím se potvrdil předpoklad č. 2, který říká: „**Lze předpokládat, že u dětí s ADHD bude ve 100 % specifický logopedický nález a na jeho podkladě budou zjištěny dispozice pro vznik specifických poruch učení.**“

Graf č. 8 specifický logopedický nález



Graf č. 9 specifický logopedický nález



Porovnáním obou skupin podle grafů č. 8 a 9, vidíme, že děti s ADHD mají specifický logopedický nález 100 %, naproti tomu děti bez ADHD nemají prokázaný specifický

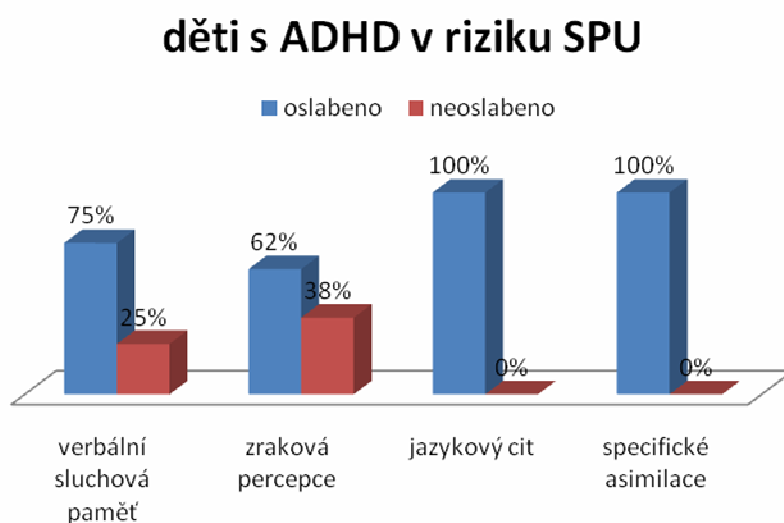
logopedický nález. Selhávají v 72 % ve fonematickém sluchu, ale v ostatních oblastech pouze ve 28 %. Děti se specifickým logopedickým nálezem jsou v riziku vzniku SPU, ale tyto dispozice se nemusí rozvinout a děti nemusí být školsky neúspěšné. V odborné literatuře Tomická (2002, str. 7) definuje specifický logopedický nález takto: „ *Tento pojem zahrnuje artikulační neobratnost, specifické asimilace (asimilace sykavek a asimilace dvojic tvrdých a měkkých slabik – např. di – dy, ty – ti, ni – ny) a narušený jazykový cit. Specifický logopedický nález se vyskytuje vždy ve spojitosti s LMD jako jeden z příznaků, má prokazatelný vztah k obtížím ve sluchovém rozlišení hlásek a ve sluchové analýze a syntéze, a tedy i velmi úzký vztah k dyslexii a dysortografii.* “

Záleží na vedení dítěte, jeho schopnostech, informovanosti učitelek, rodičů a všech pedagogických pracovníků.

### **Potvrzení předpokladu č. 3**

Ve výzkumném vzorku má 7 dětí oslabenou verbální sluchovou paměť (viz. tabulka č. 14 a 15, str. 47), kterou uplatňují později ve škole při psaní diktátu a opisování více slovných vět v daném pořadí, což by jim mohlo činit problémy a je zde možnost vzniku dyslexie a dysortografie. Dále bylo prokázáno, že 6 dětí má oslabení zrakové percepcie, mohou se tedy u dětí vyskytnout obtíže ve čtení a psaní, protože si neumí představit a zapamatovat tvar písmen. Oslabený jazykový cit byl zjištěn u 10 dětí a z toho 8 dětí má předpoklad diagnózy ADHD, což znamená problémy se skloňováním. Můžeme se domnívat, že budou mít ve škole problémy v jazyce. Specifické asimilace a měkčení TDN bylo zjištěno u 13 dětí. (viz. tabulka č. 7, str. 45). Z toho dle literatury (Tomická, 2004) vyplývá, že dítě nemá dostatečně rozvinutá akustická centra a není připraveno na výuku čtení a psaní. Tato oslabení mohou bez dalších opatření a doporučených cvičení děti ohrožovat vznikem specifických poruch učení a vést ke školní neúspěšnosti. Vzorek je rozdělen na dvě skupiny, aby bylo možné potvrdit předpoklad č. 3. V první skupině jsou děti s ADHD a ve druhé děti, kterým se dotazníkovou metodou diagnóza ADHD nepotvrdila.

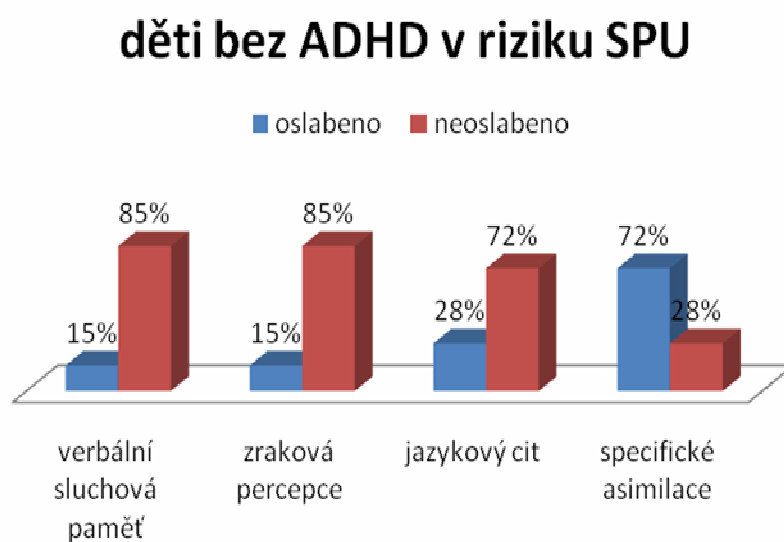
**Graf č. 10,** první skupina v riziku SPU



Graf č. 10 ukazuje oslabení v dílčích funkcích u dětí s ADHD a je zřejmé, že všechny děti skupiny jsou v riziku SPU ve všech funkcích více než v 50 %.

**Lze potvrdit předpoklad č. 3, že děti s ADHD budou v 50 % v riziku SPU.**

**Graf č. 11,** druhá skupina v riziku SPU



Děti bez ADHD nevykazují oslabení, pouze mají obtíže ve specifických asimilacích.

## **Výzkumný vzorek č. 2**

Druhá část výzkumu se zabývá studiem anamnestických dat, která byla zapůjčena z pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogického centra a z logopedické třídy mateřské školy.

Do zkoumaného vzorku spadá 15 dětí ve věku čtyř až šest let. Všechny mají diagnózu vývojová dysfázie a s ní ADHD. Podle dokumentace bylo zjištěno, že 10 dětí má diagnózu ADHD stanovenou neurologickým vyšetřením a u 5 dětí vychází diagnóza z psychologického vyšetření, ale i z rozhovoru s učitelkou mateřské školy a s rodiči. Dále mají všechny děti popsané oslabení v dílčích funkcích důležitých při osvojování čtení, psaní a počítání ve škole, i když nemají snížený intelekt. (viz. níže graf č. 12, str. 54)

## **Řeč**

Děti ve vzorku č. 2 mají diagnostikovanou vývojovou dysfázii, proto lze konstatovat, že mají problémy s komunikací ve více než jedné rovině českého jazyka. Foneticko-fonologická rovina, jde o sluchové rozlišování hlásek a jejich výslovnost, zde má problémy všech 15 dětí. Morfologicko-syntaktická rovina zahrnuje užívání slovních druhů, tvarosloví a větosloví, děti ve zkoumaném vzorku mají v této rovině opoždění v řečovém vývoji. Lexikálně sémantickou rovinu, to znamená pasivní a aktivní slovní zásobu, mají děti omezenou a zaostávají. Pragmatická rovina znamená schopnost užití řeči v praxi, děti ze zkoumaného vzorku chtějí mluvit s ostatními a sdělovat jim své pocity, zážitky a snaží se to vyjádřit i řečí těla, protože slovy to neumí.

## **Zrakové vnímání a paměť**

Mají oslabené zrakové rozlišování, figuru a pozadí, zrakovou analýzu a syntézu a zrakovou paměť.

## **Motorika a grafomotorika**

Motoriku mluvidel mají oslabenou všechny děti ze zkoumaného vzorku, oslabení je i v grafomotorice, ale nelze ze zpráv určit, v čem konkrétně selhávají.

## **Sluchové vnímání a paměť**

Ze zkoumaného vzorku mají dle diagnózy všechny děti oslabené vnímání rytmu, problémy se sluchovou analýzou a syntézou a se sluchovou pamětí.

## **Prostorové vnímání**

Nesprávně používají a nerozumí pojům za, nad, před, pod, první, poslední a podobně.

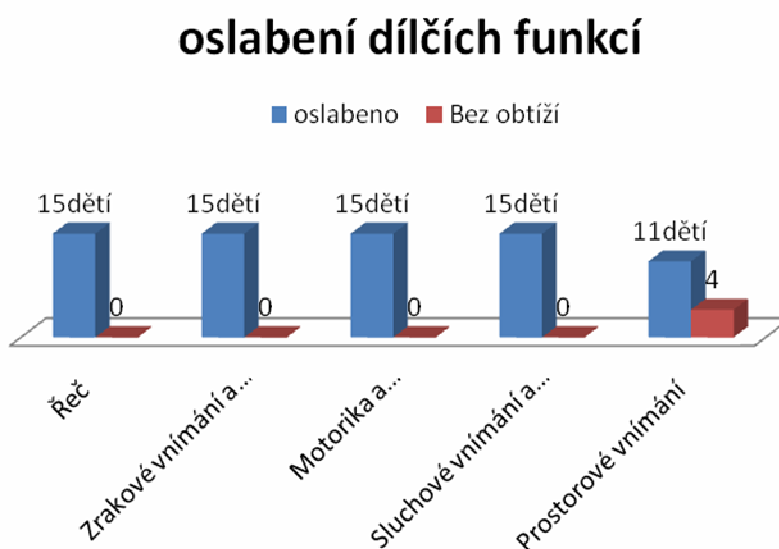
Oslabení těchto funkcí může mít ve školním věku za následek vznik specifických poruch učení.

**Tabulka č. 16,** přehled oslabení dílčích funkcí

Potvrzuje předpoklad č. 4. **Lze předpokládat, že u dětí s vývojovou dysfázií budou zmapovány oslabené funkce, které se podílejí ve školním věku na riziku vzniku specifických poruch učení.**

Dílčí funkce	oslabeno	bez obtíží
Řeč	15	0
Zrakové vnímání a paměť	15	0
Motorika a grafomotorika	15	0
Sluchové vnímání a paměť	15	0
Prostorové vnímání	11	4

**Graf č. 12,** oslabené funkce



### 3. 5 Diskuze

O výsledcích získaných z dotazníků a z orientačního logopedického vyšetření byla vedena diskuze s jednotlivými učitelkami mateřských škol. Učitelky byly vstřícné, jednalo se o učitelky s dlouhodobou praxí i o začínající učitelky a rozhovor s nimi byl veden v příjemném prostředí mateřských škol.

Ptala jsem se učitelek, **zda vědí něco o diagnóze ADHD (LMD)**. Většina odpověděla, že ano, ale více do hloubky se o to nezajímají. Když však o tom přemýšlejí a zjišťují, jaké problémy to dítěti a jeho rodičům přináší, chtějí doporučit literaturu na toto téma. Také

jsme mluvily o tom, jak tyto děti zatěžují kolektiv a ztěžují učitelce práci a často jí berou chuť do další. Některé se domnívaly, že jsou to děti neposlušné a doma si mohou dělat, co chtějí. To je samozřejmě případ od případu jiné. Ale shodly se na tom, že tyto děti potřebují řád, jasně vymezené hranice, motivaci a takové úkoly, které jsou schopny splnit. Vždy je nutná spolupráce s rodiči. Má být citlivě vedená, nejdříve je lepší dítě chválit a pak klást požadavky.

Položila jsem jim otázku, **zda pracují s dětmi tak, aby předcházely vzniku specifických poruch učení**. Nejdříve byly rozpačité, ale nakonec se ukázalo, že učitelky, i když nevědí, že posilují oslabené dílčí funkce důležité pro úspěch ve škole, s dětmi pracují dobře. Když jsem se zeptala, zda se zaměřily i na dítě, které bylo šetřeno dotazníkem, tak jich více než polovina jich odpověděla, že ne cíleně, protože dítě nemá zájem.

Na další otázku, **zda vědí o tom, že při ADHD (LMD) mají děti z velké části narušenou komunikační schopnost a bývají školně neúspěšné**, reagují překvapeně. O souvislostech nevědí, ale připouštějí z praxe, že obtížně zvladatelné děti, mívají potíže v chování, v řeči a v komunikaci s okolím. Také pomocí zpětné vazby ze ZŠ se nediví, když takové dítě má i problémy ve školní úspěšnosti. Jenom si to nedokázaly spojit, bylo to pro ně zajímavé zjištění a konstatovaly, že se budou snažit k těmto dětem a jejich rodičům přistupovat s mnohem větším porozuměním.

Na můj dotaz, **zda budou s dítětem pracovat dle navrhovaných opatření a spolupracovat s rodiči**, odpověděly všechny dotázané učitelky kladně. Samotné navrhly, že se budou snažit ke spolupráci získat i rodiče a doporučí jim odbornou literaturu, aby věděli, že v tom nejsou sami.

Společně jsme se došli k závěru, že je hodně důležité, jak je učitelka vnímavá vůči projevům určitého dítěte, co je ochotna tolerovat a co už ne. Jaký má s dítětem vztah a v neposlední řadě také to, jak vedou dítě doma rodiče. Všechny děti by měly mít řád a jasně vymezené hranice, to jim dává pocit bezpečí a vědí, co bude následovat při nedodržování pravidel. To bývá v mateřské škole plněno, děti už vědí, co bude následovat po určité činnosti, ne vždy to mají doma. Učitelka to musí zvládat profesionálně a mít s dítětem trpělivost.

## 4 ZÁVĚR

Na závěr práce shrneme to nejpodstatnější, co průzkum přinesl. V této práci je šetřen malý vzorek předškolních dětí, proto výsledky nelze generalizovat a domnívat se, že budou platné i u jiných skupin.

Cílem práce bylo mapovat souvislosti mezi logopedickými vadami, ADHD a rizikem vzniku specifických poruch učení. Pomocí dotazníků, které byly rozdány učitelkám mateřských škol, bylo nejprve zjišťováno, zda vybrané dítě bude mít poruchu pozornosti s poruchou hyperaktivity. U těchto dětí bylo po dohodě s rodiči provedeno orientační logopedické vyšetření a tam se ukázalo, že děti s diagnózou ADHD mají narušenou komunikační schopnost alespoň ve dvou rovinách českého jazyka. Tím se potvrdil **1. předpoklad, že 70 % dětí s ADHD bude mít narušenou komunikační schopnost alespoň v jedné z rovin českého jazyka.**

S učitelkami byla vedena odborná diskuze nad výsledky dotazníků. Při tom bylo zjištěno, že učitelky nemají příliš velký přehled o diagnóze ADHD. Považovaly takové děti za nevychované, neochotné se podrobit kolektivním pravidlům a samozřejmě za problémové. Bylo pro ně zajímavé zjištění, že tyto děti jsou vlastně nešťastné a dosti neoblíbené v kolektivu, obtížné pro rodiče i pro učitelku. Pozitivní bylo, že se nad tím zamýšlely a měly snahu se o této problematice dozvědět něco víc, aby mohly děti i rodiče lépe chápat a pomáhat.

**2. předpoklad, že u dětí s ADHD bude ve 100 % specifický logopedický nález a na jeho podkladě budou zjištěny dispozice pro vznik specifických poruch učení,** se potvrdil právě při orientačním logopedickém vyšetření, které obsahuje celkem třináct zkoušek. Z osmi dětí, u kterých je předpoklad pro diagnózu ADHD, má všech osm dětí specifický logopedický nález, což se prokázalo při orientační zkoušce fonemického sluchu, při zkoušce řečového projevu, která se zaměřuje na jazykový cit dítěte. Deficity v těchto dílčích funkcích bývají nejčastější příčinou vzniku specifických poruch učení, a proto se lze domnívat, že by se při nesprávném vedení mohly u některých dětí rozvinout specifické poruchy učení. O této problematice byl veden rozhovor s rodiči i s učitelkou. Učitelkám a také rodičům byla dána navrhovaná opatření pro rozvoj oslabených funkcí, která jsou obsažena i v této práci.

**3. předpoklad, že děti s ADHD budou v 50 % v riziku SPU,** se potvrdil opět pomocí orientačního logopedického vyšetření (viz graf č. 10, str. 51).

Negativní zkušeností bylo to, že pouze jedna ředitelka mateřské školy zná tuto problematiku a dokáže děti hodnotit jako profesionál. Je to dané tím, že je speciální pedagog a pracuje ve speciálních třídách. Z toho vyplývá, že by se učitelky a ředitelky mateřských škol měly dále profesně vzdělávat, aby mohly být pro děti a jejich rodiče dobrým průvodcem po celou dobu předškolního vzdělávání. Pouze při odhalení příčiny problému, lze pomoci a dítě rovnoměrně rozvíjet.

Druhá část výzkumu byla provedena studiem anamnestických dat a diagnóz předškolních dětí. Data byla zapůjčena k účelům této práce z PPP, SPC a logopedické třídy mateřské školy.

**4. předpoklad**, který se váže k tomuto výzkumu, že u dětí s vývojovou dysfázií budou zmapovány oslabené funkce, které se podílejí ve školním věku na riziku vzniku specifických poruch učení, byl splněn a funkce byly zmapovány. Mohlo tak být učiněno, protože výsledky vyšetření, které byly k dispozici, jsou velmi podrobné a obsahovaly individuální vzdělávací plán jednotlivých dětí.

Ze závěru vyplývá, že děti, které trpí poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou, také mívají narušenou komunikační schopnost a při nástupu do školy bývají ohroženy specifickou vývojovou poruchou učení. To hned na začátku života není zrovna málo problémů. Proto další kapitola navrhuje a doporučuje metody a opatření jak problémům předcházet.

## 5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

V dnešní době existuje řada rozvíjejících metod a programů, které ve spolupráci s odborníky pomáhají dětem s poruchou pozornosti a narušenou komunikační schopností, tedy dětem s rizikem vzniku specifických vývojových poruch, těmto poruchám předcházet. Ve své publikaci popisuje Budíková (2004, str. 93) alespoň některé u nás rozšířené metody. Patří mezi ně:

- Metoda B. Sindelarove zjišťuje deficity dílčích funkcí u dětí v předškolním věku a na základě deficitů stanoví individuální plán specifické nápravy. Je to metoda, která se snaží předcházet poruchám učení.
- KUMOT je skupinový program pro děti od 5 do 8 let, zaměřený na motoriku a sociální zařazení. Pracuje s hudbou. Užívá prvky dynamické psychoterapie. Pracovat s ním mohou psychologové a speciální pedagogové po instruktáži.
- KUPREV je individuální program pro děti od 4 let do nástupu do školy. Pracuje se s dítětem doma, podle jeho kondice a zájmu. Zaměřuje se na orientaci dítěte v místě, čase i potvrzení vlastní osoby, poskytuje též základní orientaci informační a sociální. Lze ho užít u dětí s poruchami komunikace, u dětí mladšího školního věku, které jsou zanedbané nebo hůře mentálně vybavené.
- HYPO je intenzivně rozvíjející program pro předškolní děti těsně před vstupem do školy. Zaměřuje se na rozvoj jednotlivých percepčních dovedností (zrakovou



a sluchovou) i na koncentraci pozornosti. Program je určen jak pro práci rodiče s dítětem, tak pro práci ve skupině mateřské školy.

Mezi další u nás používané metody řadíme také Metodu dobrého startu. Je určena pro děti předškolního věku, u kterých sledujeme zřetelné oslabení sluchového a zrakového vnímání, řeči a grafomotoriky. Jedná se o metodu motoricko-akusticko-optickou, která aktivizuje a funkčně zdokonaluje některá mozková centra. Cílem metody je navození základních pohybů potřebných pro psaní a dále příprava k počáteční výuce čtení. Tuto metodu lze aplikovat v praxi pouze po proškolení v kurzu.

Učitelky mateřských škol a rodiče předškolních dětí mohou však rozvíjet deficity v dílčích funkcích i bez proškolení. Zaměříme se na rozvoj percepce, motoriky a grafomotoriky, řeči a pozornosti dětí.

### **Navrhovaná opatření vzhledem k mateřské škole**

Mateřská škola je instituce, která mimo jiné vnáší do života dítěte přesný řád a režim. Učitelka si s dětmi většinou stanoví pravidla soužití ve třídě. Dobře se osvědčilo, když si samy děti ke každému pravidlu nakreslí jednoduchý obrázek, děti také dbají na dodržování těchto pravidel a na potrestání toho, kdo je porušuje. To je pro děti velmi důležité, protože tím získávají pocit bezpečí, klidu a pohody. Pravidla musí být stanovena jasně a srozumitelně, pro děti s diagnózou ADHD to má velký význam a pevný řád jim přináší zklidnění. Dále se zaměříme na činnosti vedoucí k odstranění deficitu dílčích funkcí.

### **Pozornost**

Je rozvíjena a posilována každou záměrnou činností, kterou dítě provádí, tedy hlavně hrou. Vhodné jsou počítačové programy (Chytré dítě, Gordiho hry, Tomíkovy narozeniny), protože děti se u PC dobře soustředí, ale učitelka musí dobu, kterou dítě u PC tráví korigovat.

### **Percepce**

Zrakové vnímání a paměť

Rozvíjí se:

- Pomocí na první pohled shodných obrázků a dítě hledá rozdíly mezi nimi. Nalezené rozdíly označí tužkou (příloha č. 3).
- Prohlížením obrázkových knížek a vyhledáváním objektů.
- Vyhledáváním známého objektu na pozadí (příloha č. 4).

Zrakovou paměť můžeme posilovat:

- Kimovou hrou si zapamatovat viděné předměty.
- Pexesem.
- Povídáním o obrázku, zážitcích, co vidělo na výletě a podobně.
- Opakováním si určitých vzorců při řazení, např. navlékání korálků.
- Pamatovat si obrázky, alespoň čtyři ze šesti (příloha č. 5).

#### Vnímání prostoru

- Pomoc při každodenních činnostech, jako je úklid hraček na své místo, úklid oblečení.
- Pojmenovávání umístění objektů na obrázcích.
- Určovat, kdo je první, kdo poslední (příloha č. 6).
- Říkat, kde je předmět (kostka): vedle, za, nad, vpředu, vzadu, nahoře, dole, vpravo nebo vlevo.
- Skládání z papíru, nalepování útržků papíru, práce se stavebnicemi.

#### Sluchové vnímání

- Naslouchání pohádek, příběhů a vyprávění.
- Učení se básniček, rozpočítadel a písniček.
- Hledání schované ozvučené věci (např. budíka).
- Naslouchání a rozlišování zvuků, určování odkud zvuk přichází.
- Rozklad slov na slabiky.
- Na co začíná, hledání slov podle počáteční slabiky, určování hlásky uprostřed slova a na konci.
- Rytmizace, vytváření rytmu dle vzoru opakovat.
- Odlišování shodných a neshodných slov (les-nes), měkčení (plný-plní) a podle délky (váha-váhá).
- Hra na tichou poštu.

#### Sluchovou paměť posilujeme:

- Hrou: Přijela tetička z Číny a přivezla si v kufru....., co mohla přivést za dárky. Děti pětileté, by si měly pamatovat až pět slov.
- Rozvíjení holých vět.
- Předávání více informací.

## **Motorika a grafomotorika**

Všechny tělesné aktivity, oblasti jemné motoriky a k tomu přidáváme:

- Uzlování, jeden uzel, několik uzlů a pak i klička.
- Cvičení s prsty: nůžky, déšť – ťukání do stolu v různých variacích, tleskání prsty o palec, tleskání ukazovákem o prsty oběma rukama zároveň (příloha č. 7).
- Malování, stříhání, vytrhávání kousků papíru, lepení, obtiskování a skládání z papíru.
- Modelování, využití prstových barev, skládání tvarů z tyčinek, párátek, špejlí a podobně.
- Solení polévky.

## **Grafomotorika**

- Navození správného špetkového úchopu.
- Na tabuli mokrou houbou obtahují různá grafomotorická cvičení, pak křídou, poté mohou pracovat na velkém papíru tužkou a na konec pracovní listy (příloha č. 8).
- Koordinace ruky a oka při psaní (příloha č. 9).

## **Řeč**

Všechny děti ve zkoumaném vzorku prošly orientačním logopedickým vyšetřením a byl jim vypracován logopedický plán a doporučeno docházet na logopedii. Učitelky v mateřské škole jsou i logopedické asistentky a budou s dětmi provádět nápravu a spolupracovat s rodinou.

Mohou se zaměřit na:

- Motorická cvičení rtů a jazyka (příloha č. 10).
- Dechová cvičení.
- Říkadla, rozpočítadla, písničky a básničky.
- Popis obrázků a vyprávění podle obrázků.
- Odstraňování poruch výslovnosti dle logopedického plánu.
- Používání sloves pomocí obrázků.
- Spolupracovat s rodinou.

**Navrhovaná opatření vzhledem k rodině**

Rodiče by měli jasně dětem stanovit hranice, potřebují to, aby mohly cítit oporu svých blízkých a měly pocit bezpečí ve světě. Omezit sledování televize a číst dětem pohádky. Vyprávět si s dětmi o tom, co prožily, hrát společenské hry, chodit na procházky a vést dítě k samostatnosti. Spolupracovat s mateřskou školou a ostatními odborníky. Poskytovat dítěti dostatek příležitostí k osobnímu rozvoji. Pravidelně s ním provádět logopedii, dle pokynů logopedky.

Všechna doporučení jsou v kompetenci mateřské školy a rodičů.

## 6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BALÁŠOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Akademie J. A. Komenského. 1995. ISBN 80-7048-078-5.
- BEDNÁŘOVÁ, J. ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. 1. vydání. Brno: Computer Press. 2008. ISBN 978-80-251-1829-0.
- BUDÍKOVÁ, J. a spol. *Je vaše dítě připraveno do první třídy?* 1. vydání. Brno: Computer Press. 2004. ISBN 80-722-6637-3.
- ČERNÁ, M. *Lehké mozkové dysfunkce*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova. 1992. ISBN 80-7066-597-1.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 3. Vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.
- HLAVATÝ, K. *Informatorium*. 2007, č. 8, s. 22. ISSN 1210-7506.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie 1*. 2. vydání. Brno: Paido. 2000. ISBN 80-85931-88-5.
- KRUMPHANZLOVÁ, V. *Zábavná cvičení, hlavolamy a bludiště*. 1. vydání. Praha: Portál. 2002. ISBN 80-7178-615-2.
- KUCHARSKÁ, A. a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. 1. vydání. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství v ČR. 2007. ISBN 978-80-86856-42-1.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči dysfázie*. 1. vydání. Praha: Septima. 2002. ISBN 80-7216-177-6.
- LECHTA a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- MATĚJČEK, Z. *Dyslexie*. 1. vydání. Praha: SPN. 1988.
- MATĚJČEK, Z. *Škola rodičů*. 1. vydání. Praha: Maxdorf : 2000. ISBN 80-85912-29-5.
- POKORNÁ, V. *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. 1. vydání. Praha: Portál. 1997. ISBN 80-7178-135-5.
- PREISS, M., KUČEROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vydání. Grada. 2006. ISBN-10-80-247-0843-4.
- SINDELAROVA, B. *Předcházíme poruchám učení*. 2. vydání. Praha: Portál. 2000. ISBN 80-7178-431-1.
- ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. 1. vydání. Praha: SPN. 1990. ISBN 80-04-23643.

ŠVINGALOVÁ, D. *Teorie a praxe případové práce ve speciální pedagogice*. 1. vydání. Liberec: TUL. 2004. ISBN 80-7083-819-1.

TOMICKÁ, V. *Orientační logopedické vyšetření*. 1. vydání. Liberec: TUL. 2004. ISBN 80-7083-808-6.

TOMICKÁ, V. *Vybrané kapitoly z logopedie*. 2. opravené vydání. Liberec: TUL. 2002. ISBN 80-7083-658-X.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 1. vydání. Praha: Portál. 1994. ISBN 80-7178-038-3.

## **7 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Dotazník pro učitelky na zjišťování diagnózy ADHD.

Příloha č. 2 Orientační logopedické vyšetření.

Příloha č. 3 Rozvoj zrakové diferenciacce, shodné obrázky.

Příloha č. 4 Rozvoj zrakového vnímání, pozadí a figura.

Příloha č. 5 Rozvoj zrakové paměti, zapamatovat si obrázky.

Příloha č. 6 Rozvoj prostorového vnímání, kdo je první nebo poslední.

Příloha č. 7 Rozvoj motoriky prstů s říkadlem.

Příloha č. 8 Rozvoj grafomotoriky.

Příloha č. 9 Rozvoj grafomotoriky a zrakového vnímání, koordinace ruky a oka.

Příloha č. 10 Procvičování motoriky rtů a jazyka.

Příloha č. 11 Tabulky OLV na jednotlivé děti.

**Příloha č. 1**

Dotazník na zjišťování ADHD pro učitelky

číslo	otázka	Odpověď ano, ne
1.	Často má obtíže s udržením pozornosti při plnění úkolů a hrách	
2.	Často vypadá, že neposlouchá, když se k němu mluví	
3.	Často nedokončuje úkoly (ve škole, doma, při práci, při hře)	
4.	Často má potíže při organizaci úkolů aktivit	
5.	Často se vyhýbá nebo nemá rád/a úkoly, které vyžadují mentální úsilí	
6.	Často ztrácí věci	
7.	Často přehlíží detaily, nebo dělá chyby z nepozornosti v mnoha aktivitách	
8.	Je možné a snadné rozptýlit jeho pozornost věcmi, které nesouvisí s prací	
9.	Je často zapomětlivý v denních aktivitách	
10.	Často třepe rukama, nohama, vrtí se na židli	
11.	Často opouští místo ve chvíli, kdy by měl sedět	
12.	Často běhá nebo leze v situacích, kdy to není vhodné	
13.	Často má potíže při hrách u klidných aktivit	
14.	Často je v pohybu nebo se chová, jako by byl poháněn motorem	
15.	Často příliš mluví	
16.	Často breptá nebo vyhrkne odpověď než je dopovězena otázka	
17.	Často má obtíže, když čeká, než na něj přijde řada	
18.	Často přerušuje nebo obtěžuje ostatní	
19.	Výše popsané chování se projevuje nejméně uplynulých 6 měsíců	
20.	Uvedené symptomy se projevují v různých situacích (škola, doma)	
21.	Většina výše uvedeného se projevovala i před 7 rokem věku dítěte	
22.	Většina uváděných problémů, brání dítěti v kontaktu s vrstevníky	



## **Příloha č. 2**

### **ORIENTAČNÍ LOGOPEDICKÉ VYŠETŘENÍ** (Tomická, 2005)

#### **1 OSOBNÍ ANAMNÉZA**

- jméno a příjmení dítěte:
- datum narození:
- bydliště:
- těhotenství chtěné:
- průběh těhotenství:
- průběh porodu:
- porodní váha a míra dítěte:
- období těsně po porodu:
- kojení:
- jazyková uzdička v normě:
- zda a jak dlouho mělo dítě dudlík:
- kdy sedělo bez opory:
- zda proběhla fáze lezení:
- kdy se objevily první kroky:
- hygienické návyky:
- spánek-klidný, s otevřenými-zavřenými ústy:
- hrubá motorika-motorická obratnost:
- jemná motorika a grafomotorika:
- preferované a odmítavé hry:
- problémy okolo jídla:
- dentice:
- hlasové problémy:
- prodělané nemoci, úrazy, operace:
- je dítě medikováno a čím:
- od kdy je umístěno v kolektivním zařízení:
- jaká je jeho adaptace na změnu prostředí:
- současná váha, míra:
- jaký je jeho stoj:
- jaký je jeho sed na židli:
- u kterých lékařů, odborníků je vedeno:

### ***Z hlediska řečového vývoje zjišťujeme následující údaje***

- první křik spontánní nebo bylo dítě přidušeno:
- doba a průběh broukání:
- první slova:
- první věta:
- první říkadlo, jaké:
- kdy první otázky „Co je to?”
- kdy první otázky „Proč?”:
- zájem o komunikaci:
- zájem o básničky:
- zachovává dítě při opakování vět slovosled:
- mluví srozumitelně, nebo musí maminka překládat:
- mluví spontánně s dospělou osobou:
- u vady výslovnosti vědí rodiče, kterou hlásku vadně vyslovuje:
- jaké zvláštnosti zachycují rodiče v mluvě:
- hovoří dítě jednoslovně nebo ve větách:
- pomáhá si při mluvení mimikou a gesty:
- jak hodnotí rodiče slovní zásobu dítěte:
- bylo dítě někdy již logopedicky vyšetřeno a kde:

### **3 RODINNÁ ANAMNÉZA**

- matka:
- otec:
- neúplná rodina
- počet sourozenců:
- majetkové poměry ve smyslu bydlení:
- zájmy a mimoškolní aktivity:
- logopedické problémy u rodičů:
- logopedické problémy u sourozenců:
- zátěžové nemoci v rodině:
- průběh dne v rodině:
- pobyt dítěte v širší rodině u prarodičů nebo jiných příbuzných:
- jaké je pracovní vytížení obou rodičů
- jaké zná dítě konkrétní pohádky a básničky, které mu rodič čte nebo se spolu učili:
- jaké konkrétní knihy má dítě doma k dispozici: leporela, encyklopedie

*Průběh*

*Závěr*

## **2 ORIENTAČNÍ SLUCHOVÁ ZKOUŠKA**

Jejím cílem je zjistit zda dítě dobře slyší, potvrdit nebo vyloučit sluchovou vadu.

*Průběh*

Zkouška byla provedena hlasitou řečí a šepem. Nejprve jsem použila slova s převažujícími hlubokými hláskami (buben, buchta, houba doba, bubák podlaha, gumáky, dub,...), potom s převažujícími vysokými hláskami (silnice čepice, svačina, sněží, číslice,...).

Zkouška byla prováděna za pomoci kolegyně na vzdálenost 5 metrů.

*Závěr*

5 m – Vs – 5 m

5 m – Vm – 5 m

Bylo zjištěno, že děvče slyší dobře na obě uši z odpovídající vzdálenosti.

## **3 ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ MLUVIDEL**

Cílem je zjistit případné orgánové změny na mluvidlech – tedy potvrdit nebo vyloučit orgánové postižení.

*Průběh*

- celkový pohled na obličej:
- souměrnost koutků:
- semknutí případné povolení koutků:
- zda se jazyk nevysouvá z dutiny ústní a neleží mezi řezáky:
- zbytnělost dolního rtu:
- skus dítěte:
- stav dentice:
- jazyk:
- uzdička:
- způsob polykání potravin a tekutin při jídle:

*Závěr*

## **4 ORIENTAČNÍ ZKOUŠKA DÝCHÁNÍ**

Cílem je zjistit, jaká je dechová ekonomie dítěte, který typ dýchání převládá a jaká je síla výdechového proudu.

*Průběžně*

Pozorujeme dítě při řečovém projevu.

- dýchání je spíš mělké a povrchové, brániční

- na jeden výdechový proud dokáže říci několik slov, aniž by se nadechl:
- výdechový proud je dosti silný pro tvorbu hlásek:
- výdechový proud neuniká:
- dítě nemluví při vdechu:
- zvýšená ani snížená nosovost při mluvě:

Závěr

## **5 ORIENTAČNÍ ZKOUŠKA MOTORIKY MLUVIDEL**

Cílem zkoušky je zjistit pohyblivost všech částí mluvidel podílejících se na artikulaci hlásek.

Průběh

Pomocí motorických cviků zjišťujeme pohyblivost rtů, dolní čelisti a jazyka. Dítě sedí před zrcadlem.

- rty – úsměv - koutky nahoru a dolů, zuby nejsou vidět:
- vycenit zuby, rty jsou oddálené:
- přetažení horního rtu přes dolní řezáky, dolního rtu přes dolní řezáky, oddálení zubů o 1-2 cm:
- našpulení rtů – kapřík, zuby nejsou vidět:
- našpulení rtů do kroužku, zuby jsou vidět:
- zvednout horní ret co nejvíce k chřípí nosu:
- jazyk – vysouvat a zatahovat do dutiny ústní: umí
  - pohladit hrotem jazyka horní a dolní ret:
  - pohyb hrotu jazyka z jedné strany na druhou:
  - přisátí hrotu a středové části na horní patro – koník:
  - vtlačit hrot jazyka mezi dolní ret a dolní řezáky – opička:
- nafouknout obě tváře vzduchem a několik vteřin udržet:
- nafouknout jednu tvář a vytlačit vzduchovou bublinu prstem, pak obě tváře:

Závěr

## **6 ORIENTAČNÍ ZKOUŠKA ARTIKULAČNÍ OBRATNOSTI**

Cílem zkoušky je zjistit artikulační obratnost dítěte.

Používají se slova: sušenka – šustí, hodiny – hodiny atd.

Zkoušku provádíme u dětí starších 5,5 let.

## **7 ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ FONEMATICKÉHO SLUCHU**

Cílem je zjistit, zda je u dítěte dostatečně rozvinutá fonemická diferenciací hlásek, zda již dítě rozlišuje správně jednotlivé hlásky a je tedy schopno rozlišit správné a nesprávné znění hlásky.

Průběh

- Rozlišování přírodních zvuků:
- Rytmizace slov na slabiky:
- Zkouška pro děti nad 5 let:
- Slova nesmyslná např. zám-sám, sel – les, let – led, kosa – koza, sešit – šešit, tik – tyk, šok – sok, mat – mat. Zeptat se, zda to zní stejně.
- Zjišťujeme, zda dítě určí správně první hlásku ve slově: mo-ty-ka (m),
- Fonemická diferenciací obou řad sykavek a polosykavek: říká, jakou hlásku slyší ve slově kočka-ččč, mašina-ššš, šnek-ššš – umí

Závěr

## **8 ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ VÝSLOVNOSTI**

Cílem je zjistit, které hlásky nevyslovuje vůbec, které nahrazuje jinou hláskou a které vyslovuje vadně. Výslovnost sledujeme na začátku, uprostřed a na konci slova.

Průběh

- Samohlásky: A, E, I, O, U.
- Dvojhlásky: AU, OU.
- 1. artikulační okresek: P, B, M, F, V.
- 2. artikulační okresek: T, D, N, S, C, Z, Š, Č, Ž, L, R, Ř.
- 3. artikulační okresek: J, Ť, Ď, Ň.
- 4. artikulační okresek: K, G, CH.
- 5. artikulační okresek: H .

Závěr

## **9 ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ SLOVNÍ ZÁSoby**

Cílem je zjistit, zda slovní zásoba odpovídá věku.

Průběh

- Použiji knihu s obrázky,, Diagnostika předškoláka – správný vývoj řeči dítěte“ Klenková, J. například
- používá všechny slovní druhy,
- Nadřazené pojmy je schopen určit, není.
- Protiklady

- Určování souvislostí
- Přirovnání

Sledujeme

- Pasivní slovní zásobu: vybere obrázek dle pokynů
- Aktivní slovní zásobu:

Závěr

## **10 ORIENTAČNÍ ZKOUŠKA ŘEČOVÉHO PROJEVU**

Cílem zkoušky je zjistit jaký je řečový projev z hlediska foneticko-fonologické, lexikálně sémantické, morfologicko-syntaktické a pragmatické roviny. Jaká je zvuková stránka řeči a zda dítě vyvozené hlásky správně užívá, jaké slovní druhy užívá, jak vypadá stavba věty, zda užívá souvětí, neobjevují-li se přesmyky, s agramatismy, jestli rozumí pokynům a jak sám používá řeč ke komunikaci s vrstevníky a s dospělými.

Průběh

- Metoda popisu obrázku
- Metoda vyprávění dle obrázku, dle dějových obrázků, volné vypravování na přiměřené téma:
- Zkouška jazykového citu: ukazuje na obrázky a říká – TO – miminko, TA – babička, TEN – děda.
- Dramatizace pohádkového příběhu:
- Tvořivá hra s určením rolí:
- Volné vyprávění:

Závěr

## **11 ORIENTAČNÍ ZKOUŠKA VERBÁLNÍ SLUCHOVÉ PAMĚTI**

Cílem je zjistit úroveň krátkodobé sluchové paměti na slovní podněty. Nepoužíváme obrázky, jde o zkoušku verbální paměti bez optické opory.

Průběh

- Zkouška básniček a rýmováček:
- Zkouška věty:
- Prodlužovaná věta -
- Hra: Babička jede k moři...

Závěr

## **12 ORIENTAČNÍ ZKOUŠKA ZRAKOVÉ PERCEPCE**

Cílem je zjistit jak je rozvinutá schopnost zrakového vnímání k věku dítěte.

Průběh

- Vkládání tvarů do stejných tvarových otvorů:
- Skládání puzzle:
- Vyhledávání stejných geometrických tvarů:
- Třídění stejných a nestejných tvarů:
- Výběr, která chybějící část patří k danému obrazci:
- Rozlišení dvou a více překrývajících se obrázců:
- Sledování linie od jednoho obrazce k druhému:
- Zkouška zrakové paměti:

Závěr

### **13 ORIENTAČNÍ ZKOUŠKA LATERALITY**

Cílem je zjistit kterému z párových orgánů dává dítě přednost.

Průběh

- Zkouška stavění kostek: Před dítě umístíme kostky tak, aby byly stejně vzdáleny od pravé i levé ruky a dítě má postavit věž.

Hodnocení: pouze pro př. při stavění používá obě ruce, poslední kostku dává pravou.

- Zkouška zasouvání kolíčků: Doprostřed před dítě rozprostřeme stojan s otvory na kolíčky a před ně do stejné vzdálenosti od pravé i levé ruky kolíčky ( 5 ).

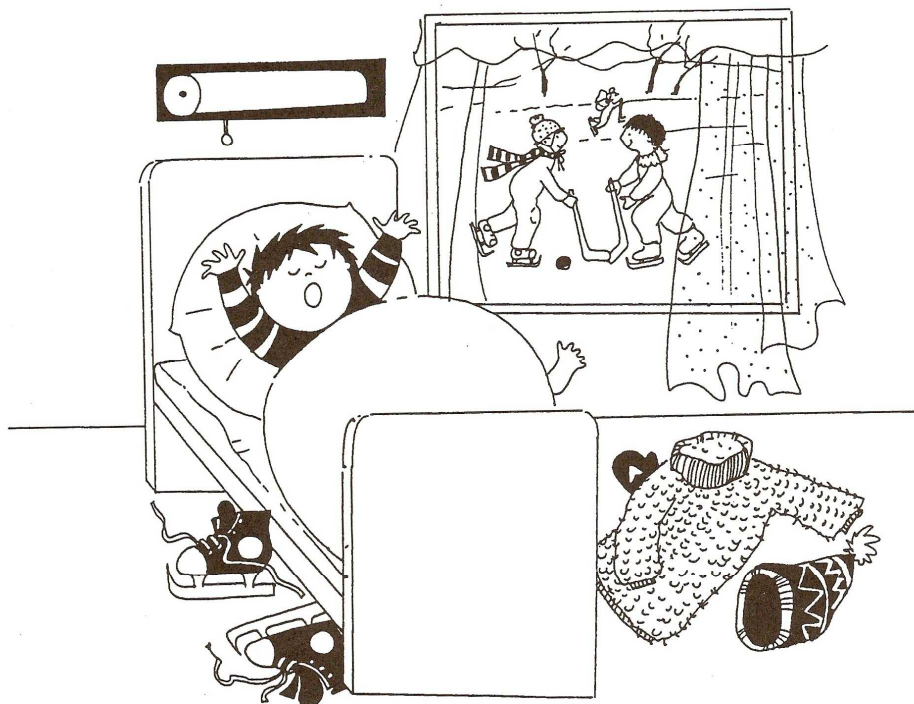
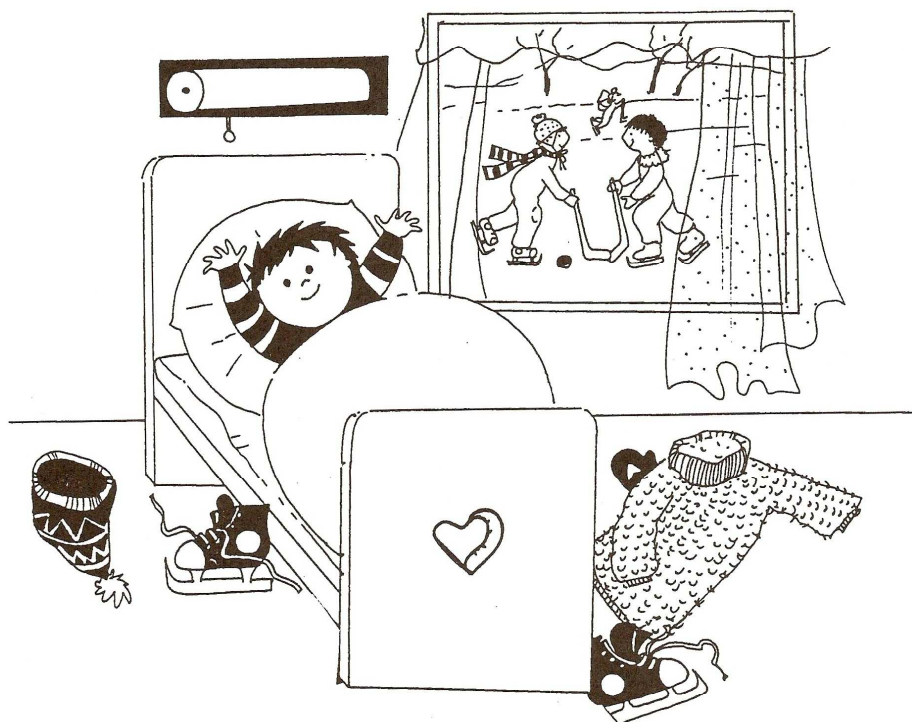
Hodnocení: použila 1x levou, 4 x pravou ruku

- Zkouška stříháním:
- Zkouška kreslením:
- Zkouška dominance oka: opakujeme 3x , použila vždy pravou ruku a pravé oko

Závěr

### Příloha č. 3

Rozvoj zrakové diference, shodné obrázky, najdi rozdíly.

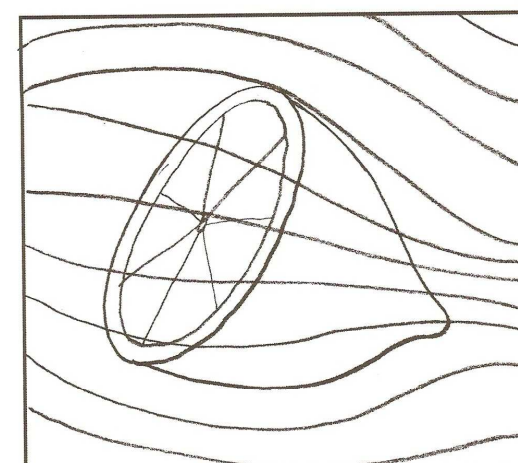
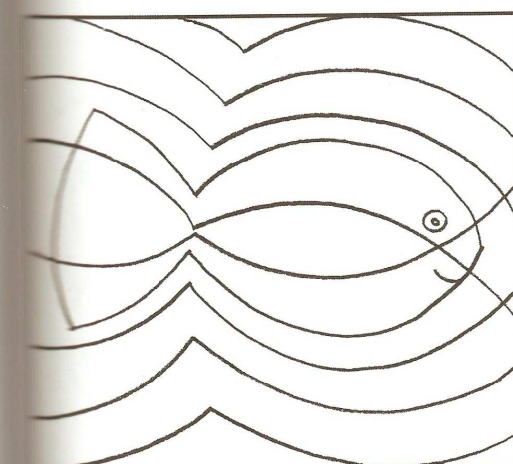
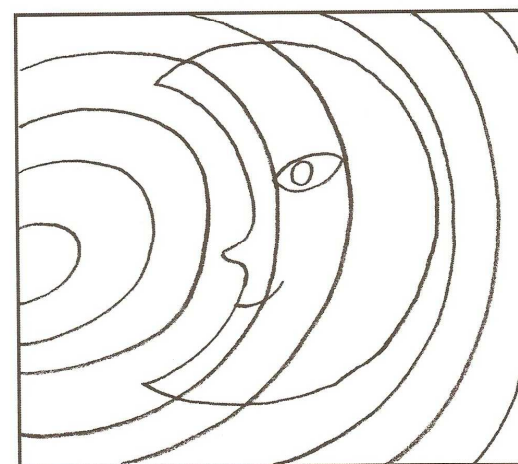
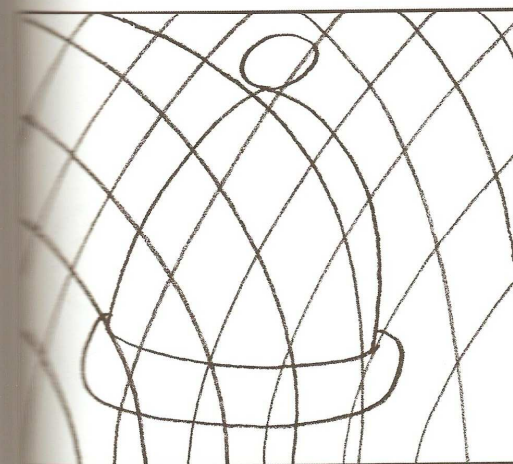
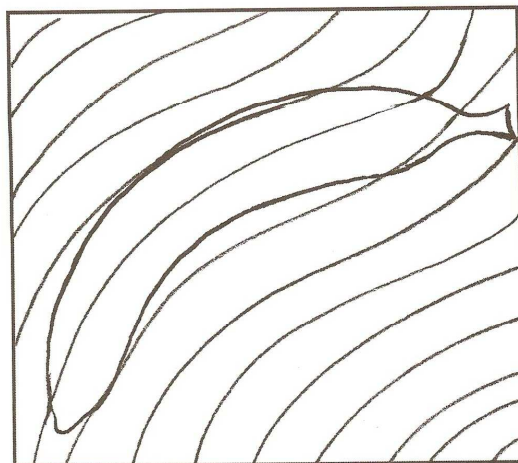
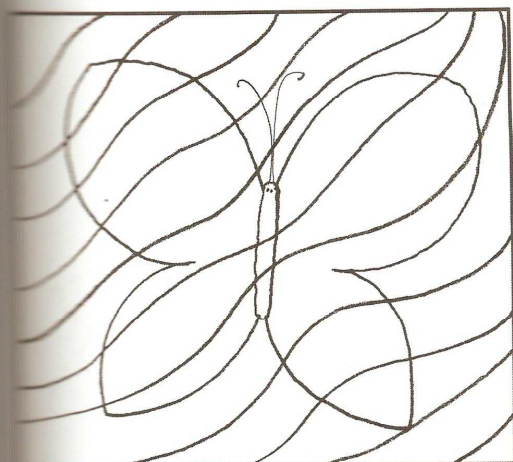




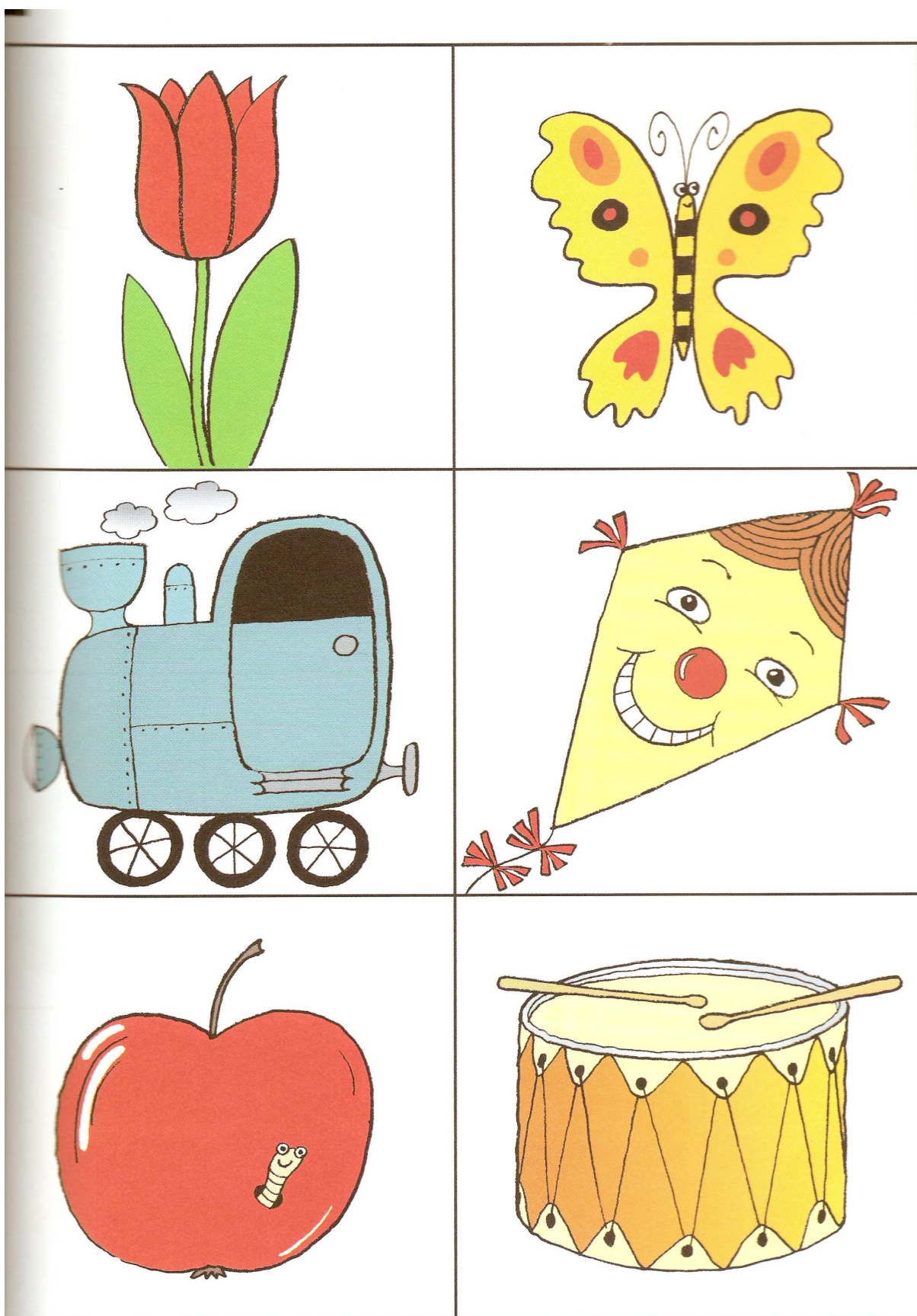
## Příloha č. 4



Příloha Z8: Vyhledá známý objekt na pozadí



**Příloha č. 5.** Rozvoj zrakové paměti, zapamatovat si alespoň 4 obrázky.





## Příloha č. 6

Prostorové vnímání, určit kdo je první, kdo poslední a kdo uprostřed.



## **Příloha č. 7**

### **Rozvíjení motoriky prstů pomocí říkadla**

#### **Kočka**

**Kočička mňouká, kolem se kouká,** prsteníček a prostředníček se dotýká palce, ukazovák  
a malík tvoří uši kočky,

**ouškama kývá, na mě se dívá,** ruka je natočena na obličej a hýbe se malík a ukazovák,

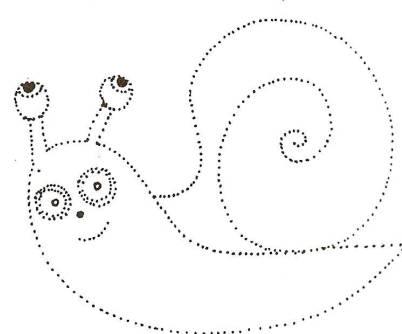
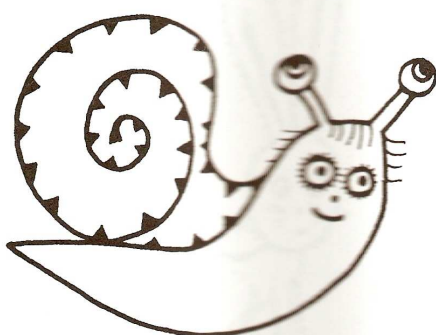
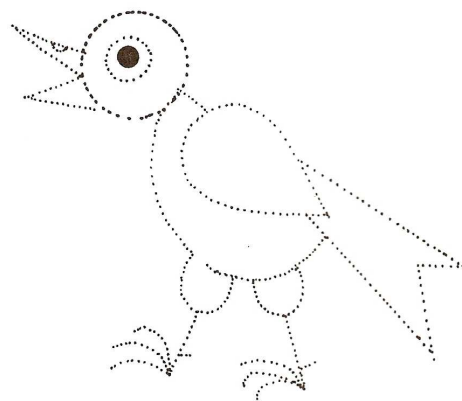
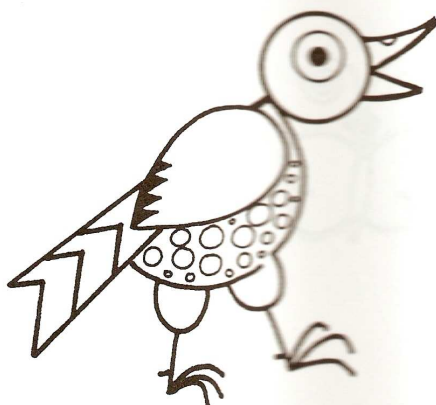
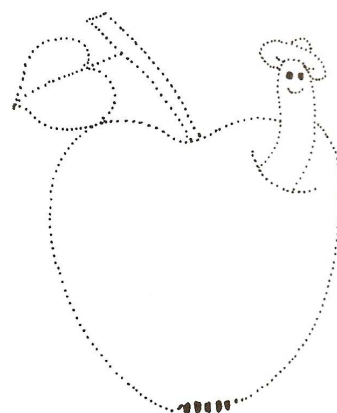
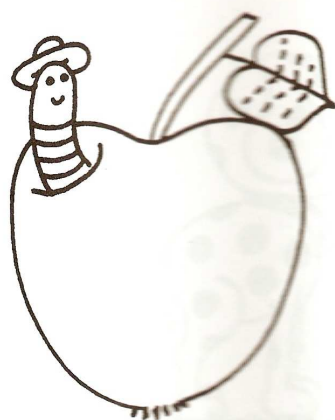
**kočičko, mňoukej, kolem se koukej,** prsteníček a prostředníček se dotýká palce,  
ukazovák a malík tvoří uši kočky,

**ouškama kývej, na mě se dívej,** ruka je natočena na obličej a hýbe se malík a ukazovák



# **Příloha č. 8**

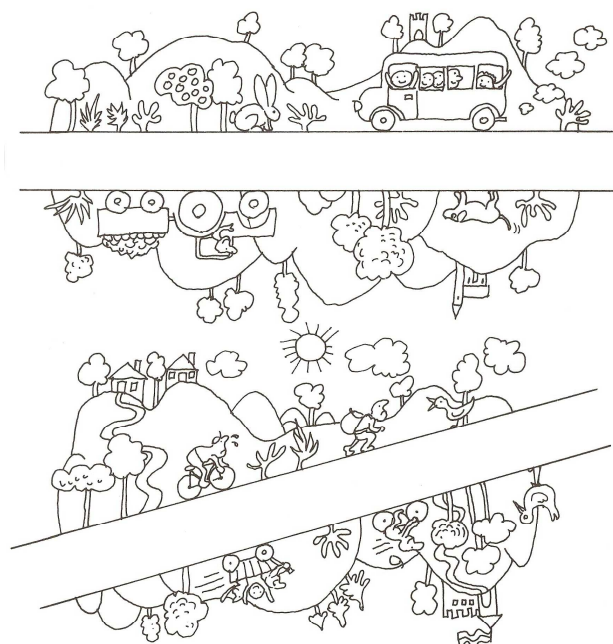
Grafomotorika, obtahování teček dle předlohy



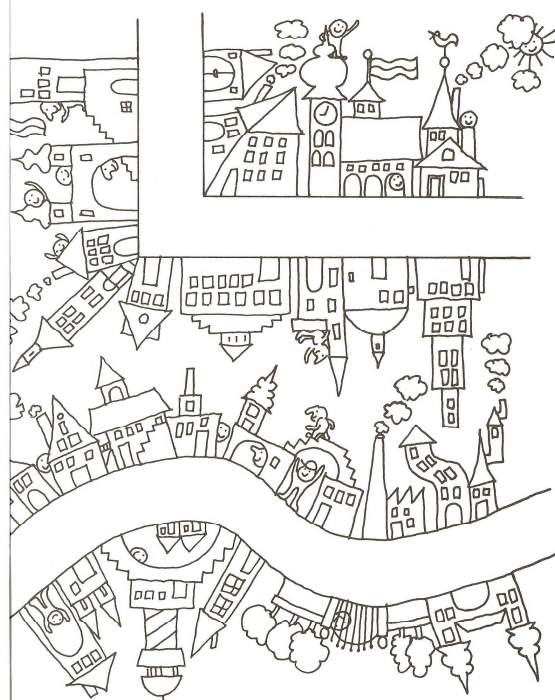


## Příloha č. 9

Rozvoj motoriky, koordinace ruka a oko.



Soubor úkolů 16 - koordinace ruky a oka při psaní



Soubor úkolů 16 - koordinace ruky a oka při psaní

## Příloha č. 10

Ukázka procvičování motoriky mluvidel a jazyka



**Příloha č. 11****Tabulka č. 1 OLV: dítě č. 1, věk 5 let, diagnóza ADHD**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Oslaben jazyk
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Nelze provést
Fonematického sluchu	Oslabeno, specifické asimilace
Vyšetření výslovnosti	S, c, š, č, l, r, ř, k
Slovní zásoby	Aktivní slovní zásoba neodpovídá věku
Řečového projevu	Oslaben jazykový cit
Verbální sluchové paměti	Oslabeno
Zrakové percepce	Oslabeno

**Tabulka č. 2 OLV, dítě č. 2, věk 4, 5 roku diagnóza ADHD**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Oslaben jazyk
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Nelze provést
Fonematického sluchu	Oslabeno, specifické asimilace
Vyšetření výslovnosti	S, z, ž, č, l, r, ř, k, g
Slovní zásoby	Aktivní neodpovídá věku
Řečového projevu	Oslaben jazykový cit
Verbální sluchové paměti	Oslabeno
Zrakové percepce	Oslabeno

**Tabulka č. 3 OLV: dítě č. 3, věk 4, 5 roku, diagnóza ADHD**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Oslaben jazyk
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Nelze provést
Fonematického sluchu	Oslabeno, specifické asimilace
Vyšetření výslovnosti	S, c, z, š, č, ž, l, r, ř, k, g, ch
Slovní zásoby	Aktivní neodpovídá věku
Řečového projevu	Oslaben jazykový cit
Verbální sluchové paměti	Oslabeno
Zrakové percepce	Oslabeno



**Tabulka č. 4 OLV: dítě č. 4, věk 5, 5 roku, diagnóza ADHD**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Oslaben jazyk
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Nelze provést
Fonematického sluchu	Oslabeno, specifické asimilace
Vyšetření výslovnosti	S, š
Slovní zásoby	Aktivní slovník neodpovídá věku
Řečového projevu	Oslaben jazykový cit
Verbální sluchové paměti	Oslabeno
Zrakové percepce	Bez obtíží

**Tabulka č. 5 OLV: dítě č. 5, věk 6 let, diagnóza ADHD**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Oslaben jazyk
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Oslabeno
Fonematického sluchu	Oslabeno, specifické asimilace a měkčení
Vyšetření výslovnosti	K, ř
Slovní zásoby	Aktivní neodpovídá věku
Řečového projevu	Oslaben jazykový cit
Verbální sluchové paměti	Bez obtíží
Zrakové percepce	Oslabeno

**Tabulka č. 6 OLV: dítě č. 6, věk 5, 5 roku, diagnóza ADHD**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Bez obtíží
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Nelze provést
Fonematického sluchu	Oslabeno
Vyšetření výslovnosti	S, c, z, š, č, ž, l, r, ř, k, g, ch
Slovní zásoby	Aktivní i pasivní odpovídá věku
Řečového projevu	Oslaben jazykový cit
Verbální sluchové paměti	Bez obtíží
Zrakové percepce	Oslabeno

**Tabulka č. 7 OLV: dítě č. 7, věk 5, 5 roku, diagnóza ADHD**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Oslaben jazyk
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Nelze provést
Fonematického sluchu	Oslabeno, specifické asimilace
Vyšetření výslovnosti	S, š
Slovní zásoby	Aktivní slovník neodpovídá věku
Řečového projevu	Oslaben jazykový cit
Verbální sluchové paměti	Oslabeno
Zrakové percepce	Bez obtíží

**Tabulka č. 8 OLV: dítě č. 8, věk 6 let, diagnóza ADHD**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Oslaben jazyk
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Oslabeno
Fonematického sluchu	Oslabeno, specifické asimilace
Vyšetření výslovnosti	Š, č, ž, l, r, ř
Slovní zásoby	Aktivní neodpovídá věku
Řečového projevu	Oslaben jazykový cit
Verbální sluchové paměti	Oslabeno
Zrakové percepce	Bez obtíží

**Tabulka č. 9 OLV: dítě č. 9, věk 5, 5 roku, občas potíže s pozorností a hyperaktivitou**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Bez obtíží
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Bez obtíží
Fonematického sluchu	Oslabeno, hlásková asimilace
Vyšetření výslovnosti	S, c, z, š, č, ž, r, ř
Slovní zásoby	Aktivní i pasivní odpovídá věku
Řečového projevu	Oslaben jazykový cit
Verbální sluchové paměti	Bez obtíží
Zrakové percepce	Oslabeno

**Tabulka č. 10 OLV: dítě č. 10, věk 5, 5 roku, občas potíže s pozorností a hyperaktivitou**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Správná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Oslabení rtů
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Bez obtíží
Fonematického sluchu	Oslabeno, měkčení
Vyšetření výslovnosti	S, č, ž
Slovní zásoby	Aktivní slovník odpovídá věku
Řečového projevu	Oslaben jazykový cit
Verbální sluchové paměti	Bez obtíží
Zrakové percepce	Bez obtíží

**Tabulka č. 11 OLV: dítě č. 11, věk 5 let, občas potíže s pozorností a hyperaktivitou**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Bez obtíží
Motorika mluvidel	Bez obtíží
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Nelze provést
Fonematického sluchu	Oslabeno, specifické asimilace
Vyšetření výslovnosti	L, r, ř
Slovní zásoby	Aktivní odpovídá věku
Řečového projevu	Bez obtíží
Verbální sluchové paměti	Oslabeno
Zrakové percepce	Bez obtíží

**Tabulka č. 12 OLV: dítě č. 12, věk 5, 5 roku, bez obtíží**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Bez obtíží
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Nelze provést
Fonematického sluchu	Oslabeno
Vyšetření výslovnosti	S,c, z, š, č, ž, l, r, ř, k, g, ch
Slovní zásoby	Aktivní i pasivní odpovídá věku
Řečového projevu	Bez obtíží
Verbální sluchové paměti	Bez obtíží
Zrakové percepce	Bez obtíží

**Tabulka č. 13 OLV: dítě č. 13, věk 5, 5 roku, bez obtíží**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Oslaben jazyk
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Nelze provést
Fonematického sluchu	Oslabeno, specifické asimilace
Vyšetření výslovnosti	S,š,
Slovní zásoby	Aktivní slovník neodpovídá věku
Řečového projevu	Bez obtíží
Verbální sluchové paměti	Bez obtíží
Zrakové percepce	Bez obtíží

**Tabulka č. 14 OLV: dítě č. 14, věk 6 let, bez obtíží**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Oslaben jazyk
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Oslabeno
Fonematického sluchu	Bez obtíží
Vyšetření výslovnosti	K, ř,
Slovní zásoby	Aktivní neodpovídá věku
Řečového projevu	Bez obtíží
Verbální sluchové paměti	Bez obtíží
Zrakové percepce	Bez obtíží

**Tabulka č. 15 OLV: dítě č. 15, věk 5, 5 roku, bez obtíží**

<b>Zkoušky</b>	<b>Výsledek</b>
Sluchu	Neoslabeno
Vyšetření mluvidel	Bez obtíží
Dýchání	Nesprávná dechová ekonomie
Motorika mluvidel	Bez obtíží
Artikulační obratnosti (u dětí nad 5,5 let)	Nelze provést
Fonematického sluchu	Bez obtíží
Vyšetření výslovnosti	Scz,šči, lrř, Koch
Slovní zásoby	Aktivní i pasivní odpovídá věku
Řečového projevu	Bez obtíží
Verbální sluchové paměti	Bez obtíží
Zrakové percepce	Bez obtíží